

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Anno XLVI

Gennaio-Giugno 2018

Numero 83

Editoriale	di Andrea Ferrero e Secondo Fassino	3
S. Laguzzi F. Marconetto	<i>Trauma psichico, cumulativo, di natura interpersonale, tra definizioni e contesto clinico</i>	9
E. Cairo	<i>Trauma e attaccamento: considerazioni teorico-tecniche per un intervento articolato di Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP)</i>	37
A. Millar	<i>Trauma, connessione e recupero</i>	57
C. E. Sala E. Bignamini	<i>Dinamiche intrapsichiche e relazionali nel web: rotte di navigazione per adolescenti e adulti nel cyberspazio</i>	73
Notiziario	83



RIVISTA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Fondata da Francesco Parenti e Pier Luigi Pagani

Norme redazionali

1. La *Rivista di Psicologia Individuale* è l'organo ufficiale della SIPI e pubblica articoli originali. Le ricerche, oggetto degli articoli, devono attenersi alle disposizioni di legge vigenti in materia. 2. Gli articoli devono essere inviati per e-mail in doppio formato (Word e PDF) esclusivamente alla Segreteria di Redazione, all'indirizzo: rivistasipi@libero.it; non devono essere accettati né in corso di accettazione presso altre Riviste italiane o estere.

Articoli proposti con altre modalità non possono essere presi in considerazione. Il Direttore o, in sua vece, il Vice Direttore può riservarsi di pubblicare articoli invitati o tradotti, motivando le ragioni della propria scelta.

3. L'accettazione dei lavori è di competenza della Direzione che ne darà tempestiva comunicazione agli Autori. In nessun caso sarà restituito il materiale inviato. Gli Autori non possono ritirare per nessun motivo, né offrire ad altri Editori l'articolo già accolto per la pubblicazione sulla Rivista.

4. Gli autori degli articoli pubblicati nella Rivista hanno diritto a 5 copie gratuite; gli Autori di testi di vario genere (recensioni, etc.) hanno diritto a 2 copie gratuite.

5. Il testo deve essere così redatto: titolo; nome e cognome degli Autori; riassunto in italiano e in inglese, contenuto in 150-200 parole, con il titolo tradotto all'inizio; testo completo in lingua italiana; 3 keywords.

In allegato indicare: la qualifica professionale degli Autori, il recapito postale e telefonico, il numero di codice fiscale.

6. Gli articoli pubblicati sono di proprietà letteraria dell'Editore, che può autorizzarne la riproduzione parziale o totale.

7. La bibliografia a fine articolo deve essere redatta secondo norme standard, di cui indichiamo alcuni esempi:

7. 1. Riviste:

ADLER, A. (1908), *Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose*, *Fortschr. Med.*, 26: 577-584.

7. 2. Comunicazioni a Congressi:

PAGANI, P. L. (1988), "Finalità palesi e occulte dell'aggressività xenofoba", *IV Congr. Naz. SIPI*, Abano Terme.

7. 3. Libri citati in edizione originale:

PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.

7. 4. Libri tradotti (dell'edizione originale indicare sempre l'anno e il titolo):

ELLENBERGER, H. F. (1970), *The Discovery of the Unconscious*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino 1976

7. 5. Capitolo di un libro (specificare sempre le date se diverse tra la prima pubblicazione del capitolo-articolo e la prima pubblicazione del libro):

ROSENHAN, D. L. (1973), *Essere sani in posti insani*, in WATZLAWICK, P. (a cura di, 1981), *Die erfundene Wirklichkeit*, tr. it. *La realtà inventata*, Feltrinelli, Milano 1988: 105-127.

7. 6. La bibliografia va numerata, messa in ordine alfabetico per Autore e in ordine cronologico in caso di più pubblicazioni dello stesso Autore. Nel testo i riferimenti bibliografici "generici" vanno indicati in parentesi quadra con il numero di bibliografia, mentre le citazioni specifiche vanno indicate in parentesi tonda con il numero di bibliografia e la pagina.

8. La Redazione si riserva di apportare al testo tutte le modifiche ritenute necessarie.

Copyright © 2014 by SIPI

La proprietà dei testi è della *Rivista*: è vietata la riproduzione anche parziale senza il consenso della Direzione.

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 378 dell'11/10/1972

Direttore Onorario

GIAN GIACOMO ROVERA

Direttore Responsabile

SECONDO FASSINO

Vice Direttore

ANDREA FERRERO

Caporedattori

CHIARA BERSELLI

SILVANA LERDA

Redattori

FRANCESCO BOCCI

ANDREA BOVERO

LUCA BURDISSO

SABRINA GAROLFI

GIUSEPPINA ZULLO

Referenti di area

Psicopatologia e clinica:

GIOVANNI ABBATE DAGA

Interventi psicologici in età evolutiva:

ANNA MARIA BASTIANINI

Psicologia sociale e counselling:

GIAN SECONDO MAZZOLI

Cultura e Scienze Umane:

EGIDIO ERNESTO MARASCO

Direzione

Via Milazzo, 2 - 10133 Torino

Tel. 011.6601644

E-mail: secondo.fassino@unito.it

Sede legale

c/o Società Italiana di Psicologia Individuale

Via Milazzo, 2

10133 Torino

Casella Postale

rivistasipi@libero.it

Impaginazione: adrianochiappa@gmail.com

Stampa: ale.for15@libero.it

Rivista di

PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Year XLVI

January-June 2018

Number 83

Editorial	by Andrea Ferrero and Secondo Fassino	3
S. Laguzzi F. Marconetto	<i>Cumulative Psychic Trauma, of Interpersonal Nature, between Definitions and Clinical Context</i>	9
E. Cairo	<i>Trauma and Attachment: Theoretical and Technical Considerations for an Articulated Intervention of Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APPs).</i>	37
A. Millar	<i>Trauma, Connection and Recovery</i>	57
C. E. Sala E. Bignamini	<i>Intra-psychic and Relational Dynamics on the Web: Navigation Routes for Adolescents and Adults</i>	73
Announcements	83



Editoriale

ANDREA FERRERO, SECONDO FASSINO

Il numero 83 della Rivista di Psicologia Individuale è dedicato ad una riflessione critica sulla rilevanza delle carenze di origine traumatica o abbandonica del Sentimento Sociale nella genesi e nel trattamento di specifici disturbi psichici, con particolare rilievo a quelli post-traumatici, della personalità e a nuove forme di dipendenze patologiche.

Questi temi vengono trattati sotto il profilo dei fattori biologici, psicologici e socio-culturali che vi sono implicati.

I primi tre lavori riguardano lo specifico ruolo patogeno del trauma e le ripercussioni sul trattamento dei diversi disturbi che ne possono conseguire.

Il primo articolo, di Sergio Laguzzi e Francesca Marconetto, dal titolo: “*Trauma psichico, cumulativo, di natura interpersonale, tra definizioni e contesto clinico*” propone un’ampia revisione della letteratura sulle correlazioni tra le esperienze traumatiche e le vicende dell’integrazione della memoria, della coscienza e dell’identità. Si parte dalla definizione delle diverse accezioni secondo cui il trauma deve essere considerato.

In particolare, gli Autori si soffermano sul trauma cumulativo precoce, di natura interpersonale, sia in termini di negligenze che di maltrattamenti subiti nell’infanzia, per articolare la discussione successiva sugli effetti che le esperienze traumatiche producono.

È questo un tema da sempre centrale per la Psicologia Individuale, la cui impostazione di fondo viene qui confrontata ed arricchita da considerazioni e dati provenienti da altri indirizzi teorici e di ricerca.

Nel lavoro vengono sottolineati, in particolare, i possibili gravi danni sullo sviluppo del Sé e dell’identità e, in ogni caso, la predisposizione all’attivazione successiva di gravi e persistenti stati di allarme ansioso.

Si prendono, quindi, in considerazione i meccanismi che si attivano nel soggetto in termini neurofisiologici e neuroendocrini.

Gli Autori esaminano poi, in dettaglio, la qualità dei vissuti intrapsichici dei soggetti traumatizzati, soffermandosi in dettaglio sui meccanismi di identificazione con l'aggressore e sugli stati dissociativi. Descrivono inoltre le conseguenze che le sofferenze derivanti da relazioni o accadimenti traumatici possono avere sulle attitudini relazionali e la qualità delle relazioni sociali.

Tutti questi aspetti vengono infine correlati all'insorgenza, al decorso e agli esiti di specifiche patologie psichiche, delineando, di conseguenza, quali possibili attitudini del terapeuta possano risultare specificatamente utili per i pazienti.

Anche attraverso una serie di esempi clinici che vengono proposti, il lavoro esemplifica, infine, come la rilevanza del trauma non debba essere considerata sempre allo stesso modo dallo psicoterapeuta, ma valutata anche in base ai diversi livelli di funzionamento psicopatologico del paziente, ai suoi meccanismi di difesa e di adattamento.

Anche il lavoro successivo, quello di Elisabetta Cairo, dal titolo: *“Trauma e Attaccamento: considerazioni teorico-tecniche per un intervento articolato di Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP)”* segue uno schema del tutto analogo a quello utilizzato dagli autori del precedente contributo Laguzzi e Marconetto, peraltro secondo un percorso autonomo e originale.

In entrambi questi contributi, il ragionamento clinico che sta alla base deriva dall'esperienza clinica del lavoro con pazienti traumatizzati (particolarmente ampia quella della dott.ssa Cairo) e da un'attenta considerazione della letteratura scientifica sul tema.

È un richiamo, ancora una volta, a considerare come i risultati della ricerca, nei loro aspetti più utili e qualificati, rispecchiano le esperienze più significative dei colleghi della comunità scientifica internazionale nel loro lavoro con i pazienti. In questo senso, riassumono anche le conoscenze più aggiornate di cui possiamo essere in possesso sulla genesi dei disturbi psichici e le relative implicanze per i trattamenti.

Anche questo secondo lavoro prende le mosse dalla distinzione di diverse esperienze traumatiche per poter articolare la discussione successiva sugli effetti che queste producono.

Vengono poi trattati in modo specifico i temi dell'integrazione dei vissuti sia a livello somatico che a livello psichico e della memoria implicita ed esplicita degli accadimenti traumatici.

La trattazione si avvale anche dell'analisi dettagliata degli aspetti neurofisiologici e un capitolo specifico viene dedicato al corpo come “regno del trauma”.

L'Autrice inserisce quindi tutte le considerazioni specifiche sull'eziopatogenesi degli stati post-traumatici all'interno della psicopatologia evolutiva e dinamica della Psicologia Individuale, facendo particolare riferimento ad alcuni suoi più recenti sviluppi e a tre paradigmi specifici: l'unità psicosomatica dell'individuo, la regolazione del Sé e i moduli di legame.

A partire dalle considerazioni sulla genesi di diverse tipologie di disturbi conseguenti ad esperienze traumatiche, il lavoro indaga infine la possibilità di integrare in modo coerente alcune tecniche della Psicoterapia Sensomotoria all'interno dei trattamenti di Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP), sottolineando, in particolare, la necessità di lavorare dapprima sull'integrazione sensoriale-corporeo-emotiva del Sé e solo successivamente sull'elaborazione dei significati del vissuto.

Il terzo lavoro sul trauma che compare in questo numero della Rivista è quello della psicoterapeuta adleriana inglese Anthea Millar, dal titolo: *"Trauma, connessione e recupero"*. Il lavoro era già stato pubblicato in lingua originale all'interno dell'*Adlerian Year Book 2017*, a cura dell'*Adlerian Society UK and Institute for Individual Psychology*.

Il punto di partenza di questo contributo è che i bisogni di sicurezza e di connessione con gli altri sono dinamicamente e sistematicamente interconnessi all'interno di ogni individuo a livello biologico, psicologico e sociale, secondo quello che l'Autrice definisce, con un termine peraltro un po' desueto e ambiguo sotto il profilo epistemologico, un approccio olistico alla persona.

A differenza dei due precedenti lavori italiani, che riconoscono la loro impostazione di fondo in una lettura della Psicologia Individuale di tipo psicodinamico, quest'ultimo articolo è più vicino agli orientamenti di tipo cognitivista ed umanistico che caratterizzano l'adlerismo anglosassone.

Nondimeno, anche in questo caso, viene sottolineata la necessità di riconoscere innanzitutto i meccanismi che presiedono alla genesi e all'espressività dei quadri clinici che insorgono in determinati soggetti dopo traumi singoli o reiterati prima di descrivere specifiche strategie o tecniche terapeutiche.

I punti di contatto e le differenze che questi lavori presentano in riferimento ad un medesimo gruppo di problematiche cliniche possono costituire, in ogni caso, uno spunto fecondo di dibattito e di riflessione su che cosa si debba intendere oggi per terapie adleriane.

In generale, il lavoro della Millar assume il punto di vista ottimistico che "la potenzialità del sentimento sociale è dentro di noi e costituisce il fondamento della salute mentale", avvalendosi anche dell'esemplificazione di numerose brevi vignette cliniche, dalla vivida forza esplicativa.

Anche in questo articolo si parte dalla definizione di trauma psichico distinguendo singoli eventi traumatici da precoci traumi prolungati, come abusi emotivi, fisici e sessuali, che possono anche essere definiti come fattori particolari della vulnerabilità dell'individuo che traggono origine dalle sue esperienze psico-sociali.

Se le persone si disconnettono dalla loro esperienza interiore e dalle corrispondenti emozioni più dolorose e angoscianti, si può instaurare una profonda alienazione e disconnessione da se stessi, dai propri pensieri e sentimenti e dagli altri.

Conseguentemente, tra le attitudini comportamentali dei soggetti sottoposti ad eventi traumatici, e gli stati psico-fisiologici che le sottendono al livello cerebrale corrispondente, l'Autrice sottolinea l'importanza che viene ad assumere il Sistema di Coinvolgimento Sociale.

La guarigione si realizzerebbe, infatti, aiutando i pazienti a rientrare in contatto con se stessi, il proprio corpo e le proprie emozioni per uscire dalle paure del passato, che impediscono di focalizzarsi sul presente e sul futuro.

In questa prospettiva, il lavoro sottolinea come la costruzione di una relazione sicura e fiduciosa con il terapeuta sia un fattore decisivo per il successo della terapia.

La tecnica può avvalersi di aspetti non verbali e favorire, su un piano cognitivo, una Doppia Consapevolezza, che deriva dalla combinazione del Sé esperienziale con il Sé osservante del soggetto, riattivando così le potenzialità di ri-connesione collegate al Sentimento Sociale.

L'ultimo articolo di questo numero, quello di Cinzia Emilia Sala ed Emanuele Bignamini, dal titolo: *“Dinamiche intrapsichiche e relazionali nel web: rotte di navigazione per adolescenti e adulti nel cyberspazio”*, pur trattando un argomento del tutto differente dai tre precedenti, permette però idealmente di completare, attraverso una prospettiva che è anche storica e culturale, il discorso sulle conseguenze patologiche che possono comportare le incompletezze e le lacerazioni del Sentimento Sociale nella storia evolutiva degli individui.

Nell'utilizzo intensivo del web da parte delle nuove generazioni, secondo le tesi proposte dagli Autori, si possono verificare dei danni se il mondo virtuale finisce per prevaricare o per sostituire quello delle relazioni significative di cui il bambino, prima, e l'adolescente, poi, hanno bisogno.

In età evolutiva c'è quindi il rischio che un utilizzo improprio della rete possa costituire uno strumento ambivalente che, se da un lato assicura una presenza continua laddove c'è una distanza fisica legata alla vita dei genitori, dall'altra “inserisce lo schermo tra lo sguardo della madre e lo sguardo del bambino”.

Se le figure genitoriali delegano eccessivamente la loro presenza, non solo non permettono in modo sufficiente adeguate esperienze di relazioni fondate su un senso di compartecipazione emotiva, ma impediscono anche che si realizzi quel rispecchiamento emotivo che è fondamentale per lo sviluppo del mondo interno del figlio.

In modo del tutto differente dal trauma, e non per forza in senso negativo o distruttivo, il web può dunque interferire nella percezione della distanza e della vicinanza relazionale e nel sentimento di connessione o disconnessione con se stessi e con gli altri.

Secondo quanto sottolineano gli Autori, nel web lo spazio virtuale non si colloca in un luogo fisico, ma esiste e variano le coordinate temporali; vi è una costante stimolazione, ma a svantaggio dell'attenzione da porre su singoli stimoli specifici; la maggiore sollecitazione su processi cognitivi basati sull'immediatezza sembrerebbe, inoltre, poter andare a scapito delle forme più strutturate di funzione riflessiva.

In sintesi, come sottolineano bene tutti i lavori considerati, i diversi livelli e modalità di sviluppo del Sentimento Sociale devono essere accuratamente tenuti in conto durante la psicoterapia.

Ciò può permettere di fornire trattamenti progettati empaticamente su misura dei pazienti, vale a dire dei loro bisogni e delle modalità che mettono in atto per compensare la loro condizione inferiore di persone che soffrono, incoraggiandone nel contempo le risorse e le potenzialità.

Trauma psichico, cumulativo, di natura interpersonale, tra definizioni e contesto clinico

SERGIO LAGUZZI, FRANCESCA MARCONETTO

Summary – CUMULATIVE PSYCHIC TRAUMA, OF INTERPERSONAL NATURE, BETWEEN DEFINITIONS AND CLINICAL CONTEXT. The following work begins with the ample psychopathological literature which affirms the relationship between traumatic experiences and disorders of the integrating functions of memory, consciousness and identity. Starting from some reflections on the definition of trauma, focusing on the attention on the trauma of interpersonal nature and child maltreatment, we propose some themes that recur, articulate and intertwine in the complex discussion on how the trauma acts: the implied self, the arousal and the traumatic emotions, the attachment and the dissociation, the identification with the aggressor, the neurophysiological and neuroendocrine impairment and the neurological development in the traumatic situation. The circumstances surrounding the cumulative trauma of interpersonal nature, traumatic development, emotional neglect, identified as the conditions from which the most serious dysfunctions originate, are considered later. The final part deals with some clinical aspects related to the distortions presented by suffering patients for post-traumatic adaptation outcomes and possible therapeutic attitudes.

Keywords: TRAUMA, SÉ IMPLICITO, NEGLET EMOZIONALE

*Esiste una dura e sottesa dialettica di crudeltà tra le persone.
G.C.S. (inizio anni 2000)*

I. Cos'è trauma? Quale trauma?

Il trauma può intervenire come conseguenza di circostanze naturali o di agiti da parte dell'uomo; come unico evento conclamato o ripetuto e cumulativo; configurarsi in modo acuto e macroscopico o anche agire quasi sotto soglia; produrre danni differenti in base alle caratteristiche degli eventi, a quelle delle vittime (età, aspetti psicologici temperamentali e caratteriali, predisposizione genetica, modulazione epigenetica, resilienza, esperienza) [95], al funzionamento dei caregiver, alla disponibilità di sostegno sociale, conforto, consolazione.

Il comune denominatore delle situazioni traumatiche è generalmente individuato in esperienze soverchianti, che vincono prevedibilità e gestibilità, suscitano impotenza, perdita di controllo, minacciano annichilimento, sospendono le ordinarie operazioni di coping e difesa, turbano l'integrità della coscienza [7, 23, 52], non sono elaborabili e integrabili, inducono l'interruzione relativa della continuità del Sé (anche nella sua evoluzione) attraverso l'invalidazione degli schemi di significato che organizzano l'esperienza di chi si è [17].

Van derKolk sostiene che “...*Episodi traumatici distinti ed isolati possono produrre risposte biologiche e comportamentali discrete [...] senza necessariamente coinvolgere la totalità dell'identità della persona.*” [106, 107]. Personalità mature, integre e ben strutturate reagiscono meglio di quelle minate nell'infanzia, ma possono usurarsi in situazioni di estremo e continuativa sollecitazione traumatica, come è tragicamente documentato dalle persone esauste che hanno subito il campo di concentramento¹.

Tanto più una persona è giovane tanto sono maggiori le possibilità di sviluppare una sindrome post-traumatica. Situazioni che riguardano, *l'atmosfera traumatica* [106, 107], *il trauma cumulativo* [52, 56], inerenti l'attaccamento, il rapporto madre bambino, le disfunzionalità o le patologie del caregiver e del sistema famiglia, la violenza domestica, l'abuso e la trascuratezza, comportano un effetto pervasivo sui processi regolativi biologici e psicologici. In questi casi la perdita di un sicuro sostegno esterno provoca nella vittima l'affermazione di stili difensivi e di coping primitivi, per lo più in area dissociativa, disturbi dell'identità, difficoltà nella regolazione degli stati affettivi interni e nella modulazione delle risposte comportamentali agli stressors esterni [99].

Purtroppo le condizioni che provocano i danni più grandi in età evolutiva sono quelle misconosciute e nascoste, cui manca il sostegno e il soccorso della famiglia e della società, spontaneamente fornito alle vittime di traumi macroscopici (come un terremoto, un grave incidente); è necessario pensare ad una violenza extra o più spesso intrafamigliare segreta e non visibile.

Occorre riflettere su situazioni vissute nell'infanzia, più o meno croniche, che comprendono tutte le forme di abuso subite in forma diretta, come l'abuso sessuale, il maltrattamento psicologico e fisico, la trascuratezza, e in forma indiretta, (Esperienze Sfavorevoli Infantili), come circostanze che rendono l'ambito familiare imprevedibile e malsicuro: alcolismo, tossicodipendenza, malattie psichiatriche dei genitori, violenza assistita [26, 62]. Occorre grande attenzione per ogni forma di maltrattamento che colpisce l'evoluzione psichica anche se non implica contatto fisico e di cui i datori di cura non sono consapevoli (come abuso e trascuratezza emozionale).

¹ Vedi le esperienze di Primo Levi e di Jean Améry, le loro testimonianze, il loro disagio.

Molte indagini epidemiologiche stimano la prevalenza del trauma infantile prima dei 13 anni di età come piuttosto elevata (quasi il 40%) sia negli Stati Uniti, sia a livello internazionale. Maltrattamenti e abusi infantili sono associati al 44% delle psicopatologie esordite durante lo sviluppo e circa il 30% di quelle esordite successivamente nel corso della vita [60]. Il 40 % dei bambini con una storia traumatica mostra almeno un'altra diagnosi come un disturbo dell'umore, di ansia o un comportamento dirompente e questa relazione fra sintomi e diagnosi viene esacerbata tanto più un bambino è esposto a un numero elevato o a una tipologia diversa di stressor traumatici [20, 40].

Le sequele del maltrattamento infantile hanno mostrato che i bambini e gli adolescenti possono sviluppare difficoltà croniche e severe nella regolazione delle emozioni e del comportamento, nell'attenzione e nei processi cognitivi, nelle relazioni interpersonali e nelle attribuzioni di significato alle proprie e altrui emozioni, manifestare sintomi e stati dissociativi in età evolutiva [24].

L'entrata del Disturbo Post Traumatico da Stress nel DSM-III, nel 1980, ha reintrodotta nei sistemi diagnostici il nesso tra eventi traumatici e disturbi psichici [30, 52], risultando però carente e suscitando proposte più estensive come quella del Complex Post Traumatic Stress Disorder [52, 107] o il DESNOS, *Disease of Extreme Stress Not Otherwise Specified* [107], che hanno allargato l'osservazione anche a traumi cumulativi, interpersonali, vissuti nel corso dello sviluppo, proposto entità sindromiche caratterizzate da somatizzazioni, alterazioni della coscienza e della modulazione delle emozioni che correlano con traumi psicologici cumulativi durante lo sviluppo e patogenesi plausibilmente basata sull'effetto dis-integrante delle esperienze traumatiche sulle funzioni mentali superiori.

Diversi studi hanno documentato gli effetti predittivi e negativi dei fattori di stress traumatici sperimentati in una fase precoce dello sviluppo su una vasta gamma di sintomi e disturbi, tra cui varie sindromi depressive, DPTS, disturbi dissociativi, somatoformi, del comportamento alimentare, da uso di sostanze, del sonno, di personalità, e più genericamente sulla disregolazione delle emozioni, l'aggressività e i problemi interpersonali [65, 104].

II. *Nozioni e articolazioni*

Negli anni si sono accumulate molte nozioni e prospettive da cui osservare le complesse manifestazioni delle situazioni traumatiche.

II. 1. *Sé implicito*

Il Sé implicito dipende dall'esperienza, si sviluppa in interazioni cariche di affetto con i genitori, sia positive sia negative, in cui il bambino acquisisce la *conoscenza relazionale implicita*, come fare cose con altri [67]; fornisce una competenza generale

e inconscia di come essere nel mondo, come interagire con gli altri, cosa esprimere, cosa tenere per sé, quale comportamento sia efficace nel produrre i risultati desiderati nell'altro; in un ambiente traumatogeno, consente almeno di limitare gli abusi. Il Sé implicito prende forma molto prima che il cervello sinistro e la neocorteccia, più razionali e basati sul linguaggio, siano completamente sviluppati; è stabile e dura nel tempo [73, 74]. Le memorie implicite sono accessibili situazionalmente, sono attivate nella vita attuale del paziente da stimoli, sia interni che esterni, che richiamano il passato. Queste memorie contengono una *“informazione che è stata ottenuta dai più vasti e profondi livelli dell'elaborazione percettiva [...] (ad esempio un'informazione visuo-spaziale che ha ricevuto una ridotta elaborazione conscia) e della risposta fisiologica dell'individuo (ad esempio autonoma o motoria) a questa percezione”* [16]. Per Bebe *“I modelli di interazione precoce sono rappresentati presimbolicamente attraverso l'organizzazione procedurale di sequenze di azioni”* [11]. Queste memorie non possono essere organizzate attraverso il linguaggio.

Predicibilità e aspettativa sono il principio organizzativo chiave del cervello infantile. I bambini si creano delle aspettative dalle interazioni, positive o negative, e con queste aspettative fissano una traiettoria per lo sviluppo. Nella postura, nell'azione e negli affetti espressi dalla figura di attaccamento si genera perciò l'intenzionalità e l'aspettativa sul mondo [100-103]. Le previsioni implicite vanno di pari passo con l'apprendimento procedurale acquisito gradualmente e progressivamente quando particolari azioni sono messe in atto ripetutamente. Una volta appresi i comportamenti procedurali divengono una parte del Sé implicito e delle sue previsioni e vengono attivati o esasperati quando certe abilità o attitudini interpersonali sono in uso, o quando si presentano stimoli (interni o esterni) che riguardano il passato. Così sequenze di azioni finiscono sia per rispecchiare sia per sostenere le predizioni del futuro [73, 74].

La narrativa somatica racconta la storia della conoscenza relazionale e delle previsioni implicite. Gestii, posture, sequenze di azioni abituali, riflettono e mantengono le previsioni sulla realtà costruite da lungo tempo. Comportamenti non verbali sono al servizio di molte funzioni: oltre che l'aspettativa del futuro, hanno a che fare con la regolazione affettiva, l'espressione e la comunicazione emotiva e la segnalazione di disponibilità o avversione per particolari attività o interazioni; comportamenti non verbali possono regolare il qui e ora dello scambio tra persone. Concetti verbali possono essere rafforzati o enfatizzati da segnali fisici.

Messaggi verbali e non verbali possono anche contraddirsi e tentare di nascondere aspetti dell'esperienza interna oppure di renderli noti. Processi e comunicazioni non verbali possono essere intenzionali o involontari, consci o inconsci, chiari o confusi, rappresentando un Sé implicito unitario o contraddizioni tra le parti dissociate del sé. I processi inconsci non intenzionali e involontari sono interessanti per la psicoterapia perché tendono a indicare quello che si trova sotto la facciata, oltre le parole, rivelando chiaramente elementi del comportamento che riflettono e sostengono il Sé implicito.

I ricordi dell'esperienza traumatica passata sono fortemente influenzati dalla codifica e dalla decodifica dei comportamenti non verbali. Questi ricordi innescano una reazione di disregolazione nel sistema nervoso autonomo e risposte difensive istintuali accompagnate da intense emozioni o sensazioni corporee. L'esposizione a eventi che rappresentano una minaccia, reale o percepita, alla sicurezza e/o esistenza elicitano difese sottocorticali e disattivano l'attività corticale.

II. 2. *Corpo, Arousal, Emozioni traumatiche*

Le *Emozioni traumatiche*, inserite nel sistema neurofisiologico preverbale e presimbolico, rappresentabili debolmente o per nulla con parole e immagini simboliche, sono vissute prevalentemente come sensazioni somatiche, affetti non mentalizzati, memorizzati dal corpo [22]. Il corpo ne diventa la sede [8] ed è la *narrativa somatica implicita* che diventa depositaria dell'interazione traumatica [93, 94].

Nelle situazioni post traumatiche anche i sistemi biologici che supportano l'esperienza sociale sono lesi; la disregolazione del sistema nervoso autonomo non riesce a sostenere l'impegno sociale². “Gli individui traumatizzati sono generalmente così sensibili agli eventi traumatici passati da avere delle soglie molto basse per agenti stressanti minori, rispondendo con gli estremi di arousal adattivi in passato, diventando addirittura iperattivati o ipoattivati” [73, 74].

L'accesso alle memorie traumatiche, facilitato dall'iperarousal, comporta involontarie *intrusioni del trauma*, sotto forma di flashback, incubi, aumento della frequenza cardiaca, sensazioni corporee, fenomeni correlati all'iperperfezione della cute, aumento delle sensazioni corporee, della tensione muscolare, dei movimenti involontari, descrizioni soggettive di timore, paura, fino al panico, a frammentazioni dell'esperienza percettiva.

L'ipoarousal compromette immediatamente la memoria, le funzioni motorie ed affettive, la consapevolezza somatosensoriale, come era successo nel momento del trauma. Nelle forme cronicizzate produce sintomi dissociativi come debolezza, torpore, deficit attentivi, amnesia, fino allo stato confusionale. Spesso in questa condizione è solo ridotta la capacità di percepire le emozioni e di sperimentare reazioni emotive e si manifesta una condizione di inattività passiva, spesso confusa con depressione, resistenza, comportamento passivo - aggressivo [73, 74].

² **Impegno sociale:** Vedi teoria polivagale di Porges [77]; concetto relativo all'evidenza neurofisiologica per cui l'evoluzione del sistema nervoso autonomo correla l'esperienza affettiva all'espressione emozionale, alla mimica del viso, alla comunicazione vocale e all'effettivo comportamento sociale che ha quindi una sua attivazione e gestione implicita, suscitata dalle situazioni che l'individuo vive ma radicata nelle prime relazioni cariche di affetto con i genitori.

Nel vissuto quotidiano e anche in un setting protetto, in cui si cerca di realizzare una relazione sicura, il ricordo immagazzinato nella memoria implicita può essere riattivato, quando si presentano stati di aurosal o di paura simili a quelli in cui era avvenuto l'evento traumatico [54, 55, 105, 106]. Da un inconscio primitivo, preverbale e presimbolico possono riemergere in circostanze contestuali, affettive, sensoriali, che richiamano qualche aspetto del trauma, memorie impresse nel sistema corpo-mente, prima della possibilità o nell'impossibilità di essere etichettate linguisticamente e definite secondo un contesto e un significato [18, 67, 71].

Studi con la F.M.R.I. evidenzerebbero che la predominante attivazione dell'emisfero destro in pazienti tendenti alla dissociazione dimostrerebbe che la dissociazione, intesa come rifugio da emozioni opprimenti associate alla *memoria traumatica*, può essere interpretata come rappresentazione di una risposta non verbale (implicita) al ricordo traumatico [60].

Lo stress traumatico nell'infanzia condurrebbe *all'automodulazione dell'affetto doloroso* distogliendo l'attenzione dagli stati emotivi interni [59] e dalla relazione. L'emisfero destro, coinvolto nell'attenzione [78] e nell'elaborazione del dolore, genera così la dissociazione, difesa attraverso la quale gli effetti negativi intensi, associati con il dolore emotivo, vengono isolati dalla coscienza [87].

La *dissociazione somatoforme*, conseguente a traumi precoci, viene espressa come una mancanza di integrazione tra esperienze sensomotorie, reazioni e funzioni dell'individuo e delle sue rappresentazioni del Sé. I soggetti distaccati (*detached*)³ non sono isolati solo dall'ambiente ma anche da loro stessi: dal loro corpo, dalle loro azioni, dal loro senso di identità [4, 72].

³**Detachment e Compartmentation.** Brown e Holmes [15, 53] hanno proposto una classificazione dei fenomeni dissociativi simile a quella di Jackson e Janet.

Detachment (distacco): sono fenomeni che corrispondono alle esperienze di distacco da sé e dalla realtà e consistono nei sintomi come la depersonalizzazione, la derealizzazione, l'anestesia emotiva transitoria (*emotionalnumbing*), *déjà vu*, esperienze di autoscopia (*out of body experience*). Sono esperienze attivate da emozioni dirompenti provocate da esperienze minacciose ed estreme [60].

Compartmentation (compartimentazione): sono fenomeni che emergono dalla compartimentazione di funzioni normalmente integrate come la memoria, l'identità, lo schema e l'immagine corporea, il controllo delle emozioni e dei movimenti volontari e corrispondono a sintomi come: le anestesi dissociative, l'emersione delle memorie traumatiche, la dissociazione somatoforme (sintomi da conversione, sintomi pseudoneurologici, dolori psicogeni acuti, *dismorfofobie*), l'alterazione del controllo delle emozioni e dell'unità dell'identità (tra cui anche personalità multiple alternanti).

I sintomi da compartimentazione (diversamente da quelli di distacco che possono essere esperiti da chiunque in situazioni estreme) sono tipicamente conseguenze dello 'sviluppo traumatico' e sembrano alterare la struttura stessa della personalità dell'individuo [60, 67]. Per questo motivo alcuni autori hanno proposto di riunire i fenomeni da compartimentazione con l'espressione "Dissociazione strutturale della personalità" [104].

II. 3. *L'attaccamento e la dissociazione*

La teoria dell'attaccamento afferma che ogni essere umano viene al mondo con la “*disposizione innata e primaria a chiedere aiuto, conforto e protezione dal pericolo quando si percepisca vulnerabile, dolente, deprivato*”. L'esperienza della risposta ottenuta dal caregiver è racchiusa in strutture di memoria e significato (Modello Operativo Interno, MOI) che depositati nella memoria implicita coagulano in sentimenti ed emozioni la rappresentazione del *sé-con-l'altro*. Il trauma attiva il sistema di ricerca, aiuto, conforto e protezione, secondo ogni singola esperienza di attaccamento ed il conseguente MOI [3, 13, 14].

Persone con un MOI di attaccamento sicuro manifestano una sintomatologia post traumatica significativamente minore rispetto a quella sviluppata da individui con storia di attaccamento insicuro evitante o ambivalente, che sono più esposte a danni delle funzioni integrative in conseguenza dell'esperienza traumatica [41, 66]. Nel caso dell'attaccamento disorganizzato è il caregiver che con un suo stato dissociativo determinato dall'emersione di ricordi relativi ad eventi traumatici non elaborati (lutti, maltrattamenti fisici ed emotivi gravi, abusi sessuali), di solito subclinico, produce un stato dissociativo nel bambino in assenza di altri gravi maltrattamenti.

La relazione di attaccamento disorganizzato si manifesta nel bambino piccolo (12-18 mesi) per comportamenti relazionali del caregiver, fortemente indicativi di un suo disturbo delle funzioni integratrici della coscienza, derivanti da risposte fra loro contraddittorie ed incompatibili, emessi simultaneamente o in rapida sequenza. In questa circostanza non ci sarebbe quindi una situazione determinata da abusi in senso stretto, ma dall'azione delle esperienze traumatiche non elaborate che hanno colpito chi si prende cura del bambino.

Le memorie implicite di interazioni di attaccamento disorganizzato sussistono nel bambino come basi per la costruzione successiva di nuclei di significato che non possono essere sintetizzati in una struttura unitaria di autocoscienza ed autoconoscenza dello stato mentale. Il bambino può costruire simultaneamente *rappresentazioni di sé-con-l'altro* incompatibili e inorganizzabili: *sé con l'altro come accudito, spaventato, capace di indurre paura, capace di confortare, sé ed il caregiver entrambi vittime impotenti di un qualche invisibile pericolo*. Rappresentazioni molteplici e non integrabili in un processo continuo ed unitario di autocoscienza, che costituiscono da sole, anche in assenza di eventi traumatici aggiuntivi, un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi implicanti dissociazione e splitting.

L'attaccamento disorganizzato può essere descritto come un crollo delle strategie comportamentali del bambino dovuto al conflitto irrisolvibile tra la tendenza a rivolgersi al genitore come fonte di rassicurazione di fronte a uno stimolo spaventante e il fatto che è il genitore stesso a suscitare insicurezza e paura, generando un livello trop-

po elevato di stati affettivi negativi e facilitando la risposta dissociativa⁴ [19, 66, 29]. La discontinuità della coscienza sarebbe evitata quando il MOI per l'attaccamento disorganizzato è soppiantato dall'attivazione di altri MOI a base innata come quello dell'accudimento, dell'agonismo, dell'interazione cooperativa, dell'interazione sessuale.

Quando oblatività coatta, aggressività competitiva, sessualità promiscua non riescono ad agire e si riaffaccia il MOI dell'attaccamento disorganizzato il paziente sperimenterà confusione, disorientamento, amnesie lacunari, restringimento oniroide della coscienza, depersonalizzazione o eventualmente segni minacciosi che preludono all'emergere di uno altro stato di personalità. Un interlocutore noterà discontinuità della condotta, degli atteggiamenti fino all'estremo dell'emergere di *un'altra personalità*. I processi integrativi-associativi che conducono alla sintesi del senso unitario di sé e alla coscienza dipendono non solo dall'esistenza della relazione interpersonale ma dalla qualità di essa [66].

II. 4. *Identificazione con l'aggressore*

Il paziente, quando è stato soggetto a circostanze così terribili e paurose da inibire le reazioni di disgusto, odio, utile difesa, "vive" inconsapevolmente la tendenza alla sottomissione, poiché si è consegnato all'aggressore, identificandosi in ciò che egli si aspetta [34, 35], tendendo a sentire ciò che l'aggressore sente e vuole, qualche volta anticipandone le mosse. L'inserzione nella sua mente dei vissuti e delle percezioni dell'aggressore comporta il clivaggio tra la predominante, altrui, intrusione e la propria originale possibilità esperienziale ed interpretativa, che viene ridimensionata e schiacciata, fino alla totale negazione della realtà [65].

Il paziente ha vissuto intensi processi dissociativi durante l'esperienza traumatizzante e può sperimentare reminiscenze ri-traumatizzanti, cadendo difensivamente in una condizione confusa, astenica, oniroide, o nel racconto di dettagli parziali che rinviano ad invasioni di memorie traumatiche non simbolizzate.

Nella relazione terapeutica e in quella sociale (ad es. scolastica) l'attenzione percettiva, intuitiva, emotiva, tende all'ipervigilanza, come se si predisponesse a tentare l'evitamento, la fuga, la mimesi, di scomparire, di dissolversi o attivare collusioni utilizzando oblatività, compiacenza, seduttività (che nei bambini possono assumere l'aspetto di una patologica precocità).

Il paziente porta nella realtà intrapsichica fatti realmente vissuti ma trasformati dalla dinamica della paura e della sottomissione, accumula confuse memorie, sensi di colpa, vergogna, segretezza, acquisendo, nella sua condizione di *solitudine traumatica* e di *abbandono emozionale*, un profondo disconoscimento del proprio vissuto [34].

⁴ C'è quindi la possibilità che nella dissociazione post traumatica esista un importante aspetto non attivamente difensivo, ma automatico e organismico come pensava Janet.

Nei colloqui emergono, in varia misura, grandi difficoltà nel comunicare i propri stati interni, scarsa capacità di mentalizzazione, esperienze di precoci inversioni di ruolo e la necessità di crescere troppo in fretta, l'inibizione difensiva dei propri bisogni (che non sono esplorati), rabbia conscia o inconscia, frammiste modalità controllanti, punitive, direttive, consolatorie nei confronti del genitore più debole, con sue rappresentazioni molteplici e non integrate, idealizzazione irrealistiche del genitore "pericoloso", trascurante, dominante, esperienze di compiacenza e seduzione per assicurarsi disponibilità e una condizione di relativa sicurezza, sentimenti di vuoto, atteggiamenti e narrazioni pseudonormalizzanti.

II. 5. *Compromissioni neurofisiologiche, neuroendocrine e dello sviluppo neurologico*

In ogni condizione traumatica l'esperienza implica un'inondazione disorganizzante di stati emozionali - affettivi, a volte così intensa da minacciare di destabilizzare l'integrità mentale e la sopravvivenza psicologica [17]. In tutte le condizioni traumatiche sono compromessi il funzionamento neurofisiologico⁵ e le funzioni neuroendocrine [50, 51, 70], mentre nello sviluppo traumatico si determina anche un danno dello sviluppo [28]. Il trauma sollecita le normali reazioni di attacco e fuga deformandole.

Lo stress cronico comporta alterazioni della regolazione del sistema soglia / spegnimento /riattivabilità. Il soggetto stressato cronicamente rimane abitualmente in uno stato di allarme con forte sensibilità e fragilità agli stimoli ambientali. Oppure, al contrario, realizza una depressione delle sue capacità reattive con misconoscimento della situazione minacciosa.

Lo stato di allarme è sostenuto da attivazione del simpatico, iper-increzione di adrenalina e cortisolo, da uno stato di iperattività; lo stato di "spegnimento" da una soppressione della secrezione di cortisolo⁶, dall'attivazione del tono vagale e dalla produzione paradossa di endorfine con attenuazione della percezione del dolore, del senso del

⁵ La teoria polivagale di Porges, [77] collega l'evoluzione del sistema nervoso autonomo all'esperienza affettiva, all'espressione emozionale, alla mimica del viso, alla comunicazione vocale e all'effettivo comportamento sociale. Il sistema nervoso autonomo funziona primariamente a un livello subcosciente e si divide tradizionalmente in due sottosistemi, il simpatico e il parasimpatico che innervano i visceri in modo bilanciato. L'ordine filogenetico in cui questi circuiti neurali sono comparsi nei mammiferi rappresenta una gerarchia di risposta, per cui i circuiti neurali più recenti inibiscono quelli più arcaici, ma, in caso di fallimento delle funzioni più evolute subentrano le funzioni primitive normalmente inibite. Se l'ambiente è percepito come sicuro allora l'intero organismo è regolato in modo da promuovere la ristorazione e lo scambio sociale (incremento dell'attività del vago mielinico che rallenta il battito cardiaco, inibisce il meccanismo attacco-fuga, interrompe la risposta allo stress dell'asse ipotalamo – ipofisi – surrene). Se invece è percepito un pericolo, si attiva il sistema simpatico, facilitando le reazioni di evitamento attivo, in modo da attaccare o fuggire. Ma in caso di eccessiva attivazione, il sistema simpatico può portare a reazioni disadattive nel senso dell'iper-arousal: panico e blocco ipertonico ("freezing"). Quando il pericolo di vita è enorme, insormontabile e soverchiante, le reazioni di attacco o fuga non sono praticabili. Vengono attivate, tramite il sistema più arcaico (dorso-vagale o vago non mielinizzato) le reazioni di evitamento passivo (dissociazione e immobilità ipotonica o "feigned death") che hanno un significato adattivo in quanto di sottomissione o di 'morte apparente' con il corpo che diventa floscio e immobile per prevenire un ulteriore attacco (ci sono animali che non sono programmati ad aggredire prede che non si muovono).

⁶ Vedi gli studi sulle reazioni dei bambini maltrattati ai conflitti in ambiente scolastico [48] e sulle donne vittime di stupro di (1993) [79], sui bambini ospiti di brefotrofi in Romania [46, 47].

tempo, dello spazio e della realtà che preclude lo stato dissociativo. In molti casi le fasi di iper-eccitazione e dissociative si alternano. Si possono cioè verificare situazioni di imprevedibile passaggio da iper-eccitazione a iper-adattamento a dissociazione [76]. Nei soggetti già sensibilizzati da esperienze traumatiche si rileva un livello di base di cortisolo alto, che viene ritenuto il promotore dell'eccesso di apoptosi che rende inefficienti aree dell'ippocampo indispensabili per l'integrazione delle memorie.

Più elementi convergono ad indicare che gli abusi precoci hanno un impatto negativo sulla maturazione del sistema limbico e producono alterazioni neurobiologiche durature che stanno alla base dell'instabilità affettiva, della scarsa tolleranza allo stress, dei problemi della memoria e dei disturbi [88, 89]. Shore propone nel *modello neurobiologico interpersonale* che la struttura e la funzione della mente e del cervello siano modellate dalle esperienze sociali, specialmente quelle che coinvolgono le relazioni emotive: "...l'auto-organizzazione del cervello in via di sviluppo si verifica nel contesto di una relazione con un altro sé, un altro cervello..." fin dalla *relazione di attaccamento*.

Le transazioni di attaccamento influenzano la *programmazione precoce della lateralizzazione emisferica* [98]. La neuroanatomia del sistema limbico, da cui dipende (la prima) elaborazione delle emozioni, è caratterizzata da una serie di *sistemi di controllo gerarchicamente organizzati* intorno a *hub* nell'amigdala destra, nel cingolato anteriore destro e nella corteccia orbitofrontale destra [88].

Questo concorda con studi di neuroimaging che hanno dimostrato che le lesioni neurologiche dei traumi dello sviluppo dipendono anche dal periodo in cui accadono, prima o seconda infanzia, adolescenza [6, 49, 70]. Esperienze moderatamente negative attivano l'emisfero destro, quelle intense lo iperattivano e possono creare danni per apoptosi cellulare; il passaggio da iperattivazione a ipoattivazione con ipometabolismo consente la sopravvivenza cellulare [91, 92].

III. *La traumatizzazione cronica in fase evolutiva può ledere complessivamente lo sviluppo individuale*

Gli eventi traumatici multipli scaturiti nelle prime relazioni, quelle che dovrebbero promuovere la maturazione della personalità ingenerano conseguenze negative a livello somatico, affettivo e relazionale deformano complessivamente l'esperienza, il correlato emozionale, la sua rivalutazione, indeboliscono l'identità, attivano immagini di Sé e degli altri alterate e deleterie [33, 107].

Il *trauma evolutivo* incide negativamente su sette domini centrali dello sviluppo psicologico individuale:

- attaccamento: insicurezza circa l'affidabilità e la prevedibilità del mondo e delle relazioni, difficoltà sulla sintonizzazione con gli stati emotivi altrui, tendenza all'isolamento sociale, e difficoltà interpersonali;

- danno biologico: problemi nello sviluppo sensomotorio, disturbi somatici, incremento del rischio di malattia fisica durante l'arco della vita per disregolazione autonoma e endocrinologica;
- regolazione degli affetti: deficit nell'autoregolazione emotiva, difficoltà nel riconoscere e descrivere gli stati interni, e nel comunicare agli altri desideri e bisogni;
- dissociazione: il meccanismo della dissociazione è utilizzato in modo estremo e patologico, con significative alterazioni degli stati di coscienza, amnesia, depersonalizzazione e derealizzazione;
- controllo comportamentale: si riduce con scarsa modulazione degli impulsi, presenza di comportamenti autodistruttivi, tendenza all'aggressività e alla rabbia, utilizzo di comportamenti autoconsolatori patologici (abuso di sostanze, abbuffate di cibo, e così via);
- capacità cognitive: difficoltà nella modulazione dell'attenzione e nella regolazione delle funzioni esecutive, carenza di costanza oggettiva, difficoltà nell'elaborazione delle informazioni e nella pianificazione dei comportamenti;
- concetto di Sé: gravemente danneggiato per bassa autostima, tendenza alla vergogna, ai sensi di colpa, disturbi dell'immagine corporea, senso di Sé discontinuo e scarsamente integrato [108].

IV. Trauma cumulativo, di natura interpersonale; sviluppo traumatico

Il *trauma cumulativo* di origine interpersonale si può definire come il risultato di una serie di eventi o di un'atmosfera relazionale soverchiante. La vittima non si può sottrarre a esperienze di trascuratezza, violenza, abuso, ripetute e/o prolungate, ed è in balia di altri che agiscono impedendogli alternative, imponendo sofferenze, situazioni aggressive, pericolose, umilianti, insensate.

Il trauma si concretizza quando il valore delle esperienze personali e l'identità sono negate; quando il sé, nella sua evoluzione, non ha conferma e l'aggressione non può essere evitata, fuggita o combattuta, il rifiuto si somma all'indifferenza e non c'è speranza di protezione, di soccorso, di consolazione attraverso la comunicazione con un altro essere umano. Gli effetti sul funzionamento psichico sono tanto più gravi se le strutture mentali non sono ancora pienamente formate.

L'effetto patogeno di un evento dipende non solo da intensità, durata e ripetitività, ma dall'età e dalla fase dello sviluppo dell'individuo che lo subisce; gli effetti del trauma emotivo si manifestano in modo imprevedibile e a distanza [60].

Si produce lo *sviluppo traumatico* quando la vittima soffre nell'infanzia per l'esposizione cronica a una o più forme di maltrattamenti che concretizzano il trauma interpersonale in contesti in cui è guastato o deformano il sistema di cura primario. Ne sono esempi la violenza fisica, le minacce alla vita, le aggressioni sessuali, l'abuso emotivo, l'abbandono, le pratiche coercitive, l'incuria, la discuria, l'ipercura e la violenza assistita) [67, 107].

Lo stress traumatico nell'infanzia è spesso correlato anche ad altre esperienze sfavorevoli [5]. La perdita di una persona cara, l'inganno o il tradimento da parte di una figura genitoriale [43], il disvalore prodotto nelle esperienze sociali tra pari peggiorano l'atmosfera traumatizzante.

V. *Trascuratezza emotiva*

La *trascuratezza emotiva* rischia di non essere percepita con la stessa gravità dell'abuso fisico o sessuale; è la forma meno visibile, più cronica di abuso infantile, non è sporadica o momentanea, ma appare come una relazione stabile e duratura; colpisce il bambino negli anni in cui si forma la sua personalità. La *trascuratezza emotiva* sottende ogni altro tipo di abuso. Si tratta di una *deformazione dell'accudimento con difetto di reciprocità emotiva*. I bisogni emotivi del bambino vengono svalutati o disconosciuti, prevalendo esigenze e bisogni della figura di attaccamento [86], una sorta di esternalizzazione parentale, con proiezione di aspetti svalutati e rinnegati dei genitori sul bambino. La trascuratezza emotiva include i fenomeni tipici dell'attaccamento insicuro, quali il disinteresse o disimpegno da parte dei genitori, il rovesciamento dei ruoli, i comportamenti diretti al dominio psicologico del bambino e l'avversione verso l'autonomia e l'esplorazione dell'ambiente [61]. Precoci esposizioni a forme di trascuratezza emotiva inducono nel bambino disturbi della capacità di modulare intensità e durata delle emozioni biologicamente più primitive, come vergogna, rabbia, eccitazione, euforia e paura [90].

Quando il rispecchiamento emotivo del caregiver è stato inadeguato o contraddittorio, con indifferenza o diniego da parte dell'adulto nei confronti del vissuto emotivo del bambino, si osserva la sua difficoltà o incapacità di riconoscere e rappresentare i propri vissuti affettivi, che rimangono angosciosi e disorganizzanti. Non riscontrando il proprio essere intenzionale nella mente del caregiver, il bambino rischia di non sviluppare le sue capacità mentalizzanti [38, 39].

Concetto forse analogo è quello di *ambiente invalidante* [63], la circostanza in cui in cui il bambino *non ha avuto convalida della propria esperienza privata*. Risposte parentali avversive e disarmoniche non hanno consentito l'analisi delle proprie e altrui emozioni, la discriminazione e la regolazione emotiva nelle differenti circostanze, la tolleranza al disagio, l'auto rassicurazione che deriva dal saper autonomamente interpretare le circostanze e, al contrario, ha alimentato il bisogno di segni dall'ambiente per sapere come comportarsi e cosa provare.

Il bambino che *non può concepire le relazioni come occasione di riconoscimento* di bisogni, potenzialità, benessere e sviluppo; si viene a trovare in ripetute situazioni in cui aspetti di sé risultano senza valore, non meritevoli d'amore, indegni; l'incontro con l'Altro non è sereno e stabile, ma minaccioso [84].

Ogni comportamento e ogni reazione ancor più problematica può essere restituita dai caregivers, incapaci di riflettere sullo stato mentale del figlio, con indifferenza o immagini negative e avviliti (stupido, incapace, cattivo, malato) che suscitano emozioni che allontanano il desiderio dell'esperienza dell'incontro (abuso emozionale e maltrattamento psicologico). Quando un adulto più disponibile cercherà di interagire emotivamente e di pensare ai suoi stati mentali, egli desidererà sottrarsi o reagirà in modo aggressivo, per non sentirsi ancora sbagliato o cattivo, attivando condotte aggressive o diffidenti per ogni relazione intima o significativa [61].

Nelle condizioni di *trascuratezza emotiva* [27] al bambino mancano le necessarie cure fisiche e/o il supporto emotivo adeguato, la consolazione dal pianto, le esperienze di riparazione nelle relazioni affettive significative fin dalle fasi più precoci. Il bambino, dalla sua nascita, è con i caregiver, nella sua originalità immatura ed evolutiva, in un sistema relazionale, interdipendente, intersoggettivo, in cui le transazioni regolatorie, reciproche, permettono il mantenimento di un equilibrio omeostatico, vincolato alle esigenze mutative maturative.

Attraverso una comunicazione non verbale, (visuofacciale, uditivo prosodica, tattile gestuale, etc.) bambino e caregiver si sintonizzano [96, 97], apprendendo il ritmo dell'altro e modificando il loro comportamento in un'interazione adattiva e modulata, centrata sul reciproco *bisogno di tenerezza* [1, 2]. L'attaccamento sicuro si sviluppa quando la psico-biologia della madre consente la sintonizzazione con gli stati interni del bambino, operazione che comporta errori, interruzioni dell'accudimento-attaccamento, fallimenti della regolazione, sollecitazioni dei sistemi autonomici, creazione di nuovi equilibri e la ricerca di una relativa, transitoria, stabilità. In *sequenze di rotture e riparazioni interattive* [9, 10, 100], mentre si ripristina una nuova sintonizzazione, si co-creano le interazioni esperienziali fondative del sé.

L'organizzazione psichica materna, empaticamente, facilita e regola le reciproche e complementari esperienze emotivo affettive e la loro registrazione⁷, consentendone (più o meno creativamente) il collaudo e l'opportunità di coagulare, dapprima solo nelle memorie non verbali, esperienze vissute, concezioni di sé e del mondo, prassi. In

⁷ “Se la madre tende a rispondere col panico all'ansia del bambino allora mette in moto una catena deleteria di eventi. La madre può erigere un muro invalicabile fra se stessa ed il bambino, privandolo così del beneficio di fondersi con lei nel momento in cui riesce a passare dall'esperienza di una modica ansia alla calma. Oppure può rispondere col panico, nel qual caso si possono avere due conseguenze negative: la madre può gettare nel suo bambino un'inclinazione, che durerà poi tutta la vita, alla diffusione incontrollata di ansia o di altre emozioni; oppure la sua eccessiva risonanza empatica, costringendo il bambino a proteggersi da un'emozione troppo intensa e quindi traumatizzante, può indurre in lui un'organizzazione psichica impoverita: l'organizzazione psichica di una persona che in futuro sarà incapace di essere empatica, di vivere le esperienze umane, di essere, in sostanza, pienamente umana”(57, p.114).

queste circostanze il bambino cresce progressivamente *nell'evidenza della presenza, dell'accessibilità, della responsività dell'Altro* e su questo inizia a basare le sue previsioni. Da queste esperienze dipende “.. la fiducia che le sue figure di attaccamento siano in genere facilmente disponibili e la sua paura più o meno grande, che non lo siano: di quando in quando, spesso, oppure nella maggior parte dei casi.” [13, 14]. Quando il *bisogno di tenerezza primario* [1], inteso come bisogno di incontro, cure, riconoscimento⁸, è frustrato da carenze, esigenze, conflitti, proiezioni genitoriali patologiche, si determina la condizione di *trascuratezza emotiva*.

Essa può comprendere diverse manifestazioni di differente grado tra cui: *l'indisponibilità psicologica*, la scarsa attitudine nella sintonizzazione emotiva e nel rispecchiamento affettivo da parte dei caregiver nei confronti degli stati emotivi del bambino; il *disconoscimento psichico*, la smentita dell'esistenza psichica individuale del bambino da parte di caregiver che si relazionano in base ai propri deformati bisogni psichici [63, 82, 83, 85]; la *volubilità - instabilità psicologica*, che altera per incoerenza, inconciliabilità la qualità della risposta⁹.

Sono situazioni in cui non possono essere evitati o fuggiti l'insensibilità, il disinteresse, l'inconciliabilità; per il bambino non c'è speranza di vivere, sperimentare, registrare -introiettare-, se non confusamente, le reciproche interazioni di protezione, soccorso, consolazione, riparazione, scambio, che diventano categorie frustrate dell'esperienza ed alimentano l'incapacità, l'insicurezza, la chiusura, il timore, l'irritazione. La trascuratezza emotiva comporta deficit nella regolazione emotiva e nelle capacità di mentalizzazione.

Quando i caregiver ripetutamente e per lunghi periodi non ne riconoscono gli stati mentali sottopongono i bambini ad una condizione di *scoraggiamento radicale*; in queste condizioni i bambini hanno più probabilità di *non sviluppare* gli aspetti emotivi coerenti alle circostanze, di *non regolare* il proprio contesto emotivo, di *non collaudare* le abilità necessarie per riconoscerne gli stati mentali nell'altrui e propria mente scaturiti nelle relazioni [39], di *non riallocare* in modo integrato, consequenziale, complesso, le rappresentazioni del Sé e dell'Altro.

⁸ Il riconoscimento si può intendere come una forma di intimità in cui si sviluppa la modulazione del campo relazionale in cui si vivono sintonizzazione, sincronizzazione, reciprocità emozionale; dove l'esperienza del Noi prevede l'orientamento al piccolo Tu in crescita in quanto alterità e la conoscenza intuitiva e prediscorsiva della sua singolarità, differenza, autonomia.

⁹ Glaser (2002) [47], ha individuato le seguenti aree di rischio: indisponibilità, non responsività emozionale, qualificazioni negative e mistificanti del bambino, interazioni con lui inappropriate o incongrue rispetto alla fase evolutiva, mancato riconoscimento e mancata consapevolezza della sua individualità e dei suoi confini psicologici, mancata promozione dell'adattamento sociale.

Dal disconoscimento traumatico dell'infanzia originano paura, insicurezza, confusione, rabbia; *l'individuo in formazione che non sperimenta l'esperienza di un Altro che lo precede, lo accoglie, lo rassicura e lo riconosce non si sente interiormente (implicitamente) al sicuro*; sperimenta un'inferiorità che non trova sufficiente compensazione; può avere la necessità di continuare ad utilizzare meccanismi come il diniego, la scissione, la proiezione, per proteggere la relazione di attaccamento, la dissociazione per proteggersi dagli stati emotivi interni eccedenti e destruenti e dalle relazioni iperattivanti; utilizza un sistema neurobiologico immaturo e deformato; non può esplorare con fiducia il mondo oggettuale e comporre adeguatamente, nel suo sviluppo, la rete interiore, intercomunicante, delle sue rappresentazioni esperienziali, con grave detrimento dei processi integrativi, necessari per l'adattamento, l'evoluzione, la creatività e lo scambio sociale.

VI. *Distorsioni*

VI. 1. È piuttosto frequente che, quando pazienti che hanno subito uno sviluppo traumatico cercano un trattamento, si propongano in ciò che la psicologa Denise Gelinis (Citata in Malacrea) [69] chiama una "*presentazione travestita*".

Essi vengono per un aiuto a causa di molti sintomi o a causa delle difficoltà nelle relazioni: problemi o paura dell'intimità; eccessiva responsività ai bisogni altrui; evitamento, dipendenza, incapacità di affrontare in maniera adeguata i conflitti; stress e rottura delle relazioni; ripetute vittimizzazioni, incapacità o difficoltà nell'interruzione di relazioni disfunzionali o violente, convinzione di non meritarsi nulla di buono o di meglio dalla vita; vissuti di inadeguatezza, solitudine e abbandono; sentimenti di impotenza, inadeguatezza, diversità ed esclusione; sensazione di vuoto, di cattiveria, di insensatezza, propria, degli altri e del mondo; scarsa o assente espressione della rabbia o al contrario forti sentimenti di odio, di vendetta nei confronti dell'abusante o di chi può ricordarlo.

Talora realizzano una sindrome simmetrica, una sorta di protesta virile, dove i sentimenti di vuoto ed insicurezza sembrano ribaltati in un atteggiamento iperindipendente, sfruttante, sicuro, controfobico. Spesso né il paziente né il terapeuta riconoscono rapidamente il legame tra i problemi esposti e la storia di trauma cronico [52].

VI. 2. Il trauma, le esperienze precoci, le relazioni oggettuali interne inconscie sono immagazzinate nel sistema implicito della memoria ed emergono durante la terapia attraverso le modalità con cui il paziente si mette in relazione con il terapeuta [44, 39], attraverso la rete di reciproche identificazioni e contro identificazioni proiettive. Il terapeuta corre il rischio di essere percepito, nel *transfert*, come un sostituto di figure inaffidabili, autoritarie e abusanti; il paziente potrebbe essere assalito da vergogna e ansia, esser spaventato all'idea di essere visto e giudicato dal terapeuta [21].

Ogni paziente ricerca in psicoterapia qualcosa di antico per poterlo rivivere in modo nuovo; uno dei tramiti di questa trasformazione è l'attività dis-ordinante del terapeuta, fondata sulla sua capacità di essere emotivamente stimolato e di essere in relazione

[36], cioè di saper anche interagire con un adeguato atteggiamento non verbale. Il paziente e il terapeuta portano nel setting aspetti inconsci pre-simbolici, radicati in esperienze agite all'interno di relazioni anche precoci, a matrice sensoriale ed emozionale, immuni da cognizione autoriflessiva e da conflitto interno e quindi indisponibili ad essere elaborate sino a quando non sono accessibili al pensiero e al linguaggio per via relazionale [36].

VI. 3. La *ripetizione traumatica* appare guidata dalla memoria procedurale implicita [93]. Sono ricordi non integrati e i pazienti sono incapaci di affrontarne gli effetti e le implicazioni riflettendo, discutendo, pensando ad essi; spesso hanno un atteggiamento fobico rispetto ai loro contenuti. Per Odgen: *“Passato e presente sono diventati somaticamente, emotivamente e cognitivamente confusi: vengono riattivati ricordi traumatici sotto forma di affetti intrusivi e le sensazioni corporee sono percepite come segnali di pericolo anche in momenti tranquilli. [...] La vita quotidiana è invalidata, mentre l'attenzione si concentra in maniera ristretta sugli stimoli minacciosi o sulla disregolazione interna”* [74].

VI. 4. La *memoria traumatica* comprende per lo più ricordi riattivati, non verbali, a volte combinati con resoconti narrativi incompleti [54, 55, 105] scissi dalla consapevolezza conscia e archiviati come percezioni sensoriali, pensieri ossessivi e ripetizioni comportamentali. Le narrazioni autobiografiche sono filtrate dalla memoria esplicita dichiarativa e quindi solo dopo i 4 anni di età un trauma viene registrato, per quanto può permettere l'eventuale disfunzione dell'ippocampo, in una certa misura, come un ricordo esplicito, anche considerando che il ricordo non è una registrazione fissa ed indelebile dell'esperienza, poiché memoria e percezione sono processi attivi di costruzione [2, 44].

VI. 5. L'*alleanza terapeutica*, non è un fatto scontato ma da perseguire attivamente; occorre intervenire sull'omeostasi, fisiologica e psicologica, per enfatizzare le abilità autoregolatrici dell'aurosal, che sottendono l'opportunità di attività non distruttive, utili, creative. Il terapeuta deve saper essere un regolatore biopsicologico interattivo per il sistema nervoso disregolato del paziente, agire come una “corteccia ausiliaria” [25], “un regolatore affettivo degli stati disregolati del paziente” [91].

VI. 6. La *sintonizzazione affettiva* è una riproduzione di ciò che si ritiene l'altro provi quando i MirrorNeuronsSistem del paziente e del terapeuta consentono stati di attivazione condivisa. Si tratta di un'esperienza in cui il terapeuta imita, copia, risente, è contagiato dalle emozioni del paziente, che contiene, critica, accoglie, modifica secondo la sua possibilità - opportunità, rinviando questa sua esperienza rimodellante al paziente che può “sentirsi sentito”, acquisire un frammento dello stile dell'altro, diverso al suo modo d'essere, ottenere inconsapevolmente un modello implicito incoraggiante e alternativo. Ogni rispecchiamento, contagio, per quanto empatico per diventare evolutivo trasformativo, deve aggiungere allo stato precedente un'acquisi-

zione *nuova*, effetto della presenza *significativa* del terapeuta. “(...) in terapia idealmente il terapeuta non rispecchia letteralmente gli stati mentali del paziente, ma dà risposte empatiche congruenti che gli permettono di trovare se stesso e nel contempo lo facilitano a riflettere a trasformare l’esperienza e il concetto di sé”¹⁰ [31, 32, 45, 58].

VI. 7. Lasciare che il paziente ripeta la reazione traumatica di paura, orrore, e senso di impotenza ha uno scarso beneficio terapeutico. Il terapeuta dovrebbe essere in grado di percepire le variazioni dell’assetto posturale - muscolare, respiratorio, prosodico del paziente per interrompere narrazioni trigger, richiamare al qui e ora, chiedere attenzione alle sensazioni corporee che si stanno sviluppando, interrompere la stimolazione situazionale per evitare circostanze di iper o ipoarousal. Anche il corpo del terapeuta ha un ruolo significativo e interviene come sistema di smorzamento o di amplificazione situazionale. Pattern mal adattativi, credenze patogene possono risentire dell’azione implicita di un terapeuta attento, interessato e per tutto quello che riguarda il non verbale e il corporeo, calmo, oltre che oggettivo nei suoi tentativi di comprensione. La prestazione non verbale del terapeuta potrebbe richiedere oltre che la consueta preparazione analitica e la nozione di distanza relazionale, intesa come percezione di condivisione, disinteresse, o contrapposizione reciproca [36] anche un’esperienza specifica nelle discipline che permettono il controllo di una “buona respirazione e di una buona postura”, da proiettare al Sistema dei Neuroni Specchio del paziente.

VI. 8. Il terapeuta dovrebbe mostrarsi, soprattutto nelle fasi iniziali e con i pazienti con bassi Livelli di Funzionamento Psicopatologico [37], capace di atteggiamento curioso, non giudicante, non invasivo, orientato all’alleanza di lavoro supportiva, proponendo una prova di cooperazione, dove evitare la ripetizione in seduta dei pattern maladattativi, proporre l’integrazione dei suoi contributi, favorire la soluzione dei problemi interpersonali, sostenere le risorse del paziente, promuove la soluzione dei conflitti intrapsichici, rinforzare l’identità, assumendo prevalentemente una posizione incoraggiante di offerta, utilizzando strumenti tecnici di tipo validante [37, 80, 81]. La riattivazione del MOI dell’attaccamento disorganizzato va sempre evitata. Chi ha costruito sotto l’azione del trauma, inteso come violazione dei confini interpersonali nell’infanzia, *rappresentazioni di sé-con-l’altro* incompatibili, inorganizzabili, molteplici e non integrabili in un processo continuo ed unitario di autocoscienza, ha la necessità nell’attualità terapeutica di un senso di sicurezza non solo affrontato con l’elaborazione cognitiva, ma anche e soprattutto proposto come esperienza non verbale, corporea, nel qui e ora.

¹⁰ Il Sistema dei MirrorsNeurons è il substrato organico mediatore dell’“embodiedcognition”; quando si attiva, nel momento in cui si osservano azioni effettivamente compiute o mimate o si mostra sensibile alle intenzioni dell’atto, attiva i fenomeni correlati all’empatia, come modulazione e condivisione delle emozioni con tutto ciò che le comunica, le espressioni del volto, gli atteggiamenti posturali del corpo, la frequenza respiratoria, il sistema vagale di Impegno sociale del Porgess. L’embodiedsimulation è uno specifico meccanismo grazie al quale il sistema cervello/corpo copia/modella le sue interazioni con il mondo [31, 32] e consente stati di attivazione condivisa. L’embodiedsimulation è un meccanismo obbligatorio, inconscio e prereflessivo, che non è il risultato di uno sforzo cognitivo deliberato e conscio, mirato all’interpretazione delle intenzioni nascoste nel comportamento evidente degli altri [45].

VI. 9. Il terapeuta, può reagire alla condizione di disagio del paziente con *atteggiamenti controtransferali* controproducenti, “cadendo” nel paradigma vittima-salvatore, o desiderando di diventare un buon sostituto genitoriale (facendo sorgere o amplificando l’idea del paziente che una relazione di questo tipo sia possibile a patto di trovare la persona giusta); sembra molto più utile un atteggiamento che solleciti una nuova relazione collaborativa, *nell’evidenza della presenza, dell’accessibilità, della responsività dell’Altro*, come occasione di riconoscimento, dove sviluppare, regolare e collaudare empatia, emozioni, funzioni riflessive e integrative.

VI. 10. Il trattamento Individual Psicologico cerca il cambiamento attraverso la maturazione dello *Stile di vita*, riformulando i rapporti tra Sentimento Sociale e la Volontà di autoaffermazione. L’adattamento creativo qui e ora, al setting ne è lo strumento operativo, verso mete socialmente utili, con rinuncia alle mete fittizie, che per definizione non consentono adattamento, quindi considera parte indispensabile della prassi terapeutica l’attenzione agli effetti dell’inconscio non rimosso implicito, che costituisce la base dei MOI, del dialogo interiore e, poi, interpersonale [31, 32].

VI. 11. Molti pazienti tentano strategie di adattamento ma non riescono a rinunciare alle rappresentazioni scisse introiettate nelle loro lunghe esperienze traumatiche, ad attivare processi di integrazione e lutto. Un genitore può ambiguamente essere stato crudele e protettivo e la sua rappresentazione rimanere scissa.

R. ha vissuto fino al suo matrimonio poco dopo i 20 anni con un padre sadico, una madre masochista, incapace di proteggerla. Quando era bambina manifestava una magrezza patologica e un’ansia estrema che le conferivano un ruolo privilegiato nella famiglia. Il padre la chiamava “Mauthausen”, la prendeva sulle ginocchia, la consolava e non la picchiava come faceva con i fratelli e la madre. Quando R. si sposò scelse un uomo che non era violento, fisicamente, ma che si rivelò sfruttante, egocentrico, bugiardo e ipocrita, non interessato ai suoi problemi, fino a risultare crudele e indifferente anche con il loro figlio. Solo dopo molti anni di terapia R. ha saputo riconoscere che padre, madre e marito non erano stati protettivi e che “poteva scegliere”.

L’abuso sessuale o psicologico, come nel caso di R., può essere disgiunto da una situazione di maltrattamento fisico; la sua storia è transitata in un ambiente dove per anni ha assistito ad una violenza pervasiva cui ha partecipato, per difendersi, alleandosi con i suoi persecutori. Molte delle situazioni di abuso e trascuratezza non sono percepite dal bambino come sopraffacenti nel modo delle tipiche esperienze traumatiche. Spesso il persecutore sa soddisfare un suo senso di dominio e di controllo rendendo complice inconsapevole la sua vittima.

Il bambino ha necessità di tenerezza, gioco, intimità; è spinto dall’imprescindibile bisogno di incontro, di cure, di riconoscimento e vive nella cronicità della vittimizzazione la deforme attenzione dell’adulto come predicibile e perversamente funzionale alla continuità del sé.

Spesso la relazione con il maltrattante è inserita in un più ampio contesto ambientale di vuoto e disimpegno emotivo, di mancanza di riconoscimento e garantisce la difesa dall'angoscia disindividuativa, dalla dissoluzione di condizioni simbiotiche in cui l'Altro è indispensabile per preservare la completezza del sé e qualche altro beneficio: la protezione da competitori, un surrogato di intimità e tenerezza.

L'assenza dello sconvolgimento acuto non ha alcuna valenza protettiva, anzi attiva un effetto pervasivo a carico dei processi di regolazione, psicologici e biologici. Si parla in questi casi di "*trauma interno all'identità*" opposto al "*trauma esterno all'identità*" che caratterizza le situazioni di trauma acuto [69]. Il rapporto di fiducia con l'adulto, da cui dovrebbe giungere un modello maturo di Interesse sociale è sostituito da relazioni in cui prevalgono e si ipertrofizzano le necessità di protezione e di iperattamento. Il confronto è con un potere soverchiante e con la socialità disfunzionale del nucleo familiare.

VI. 12. Tragicamente "*...fare la mamma al posto della mamma..*" è una locuzione che si impregna di significati multipli, intrecciati e ambigui, tra cui il tentativo di proteggere la madre, di sostituirla (anche sessualmente), di superarla, di raggiungere uno status, un potere, una maggiore sicurezza anche, ipertrofizzando una sensibilità anticipatoria, identificandosi in ciò che l'aggressore (nel caso "*..uno dei fidanzati della mamma..*") si aspetta, una patologica precocità, l'identificazione con un micro cosmo culturale deformato/deformante, la pseudo soddisfazione (per quel che è stato possibile), tragica e paradossale del bisogno di attenzioni, cure, stabilità. Nelle persone che hanno vissuto vicende simili il processo di significazione si piega al servizio della meta di sopravvivenza e sicurezza, intrinseca all'essere bambino, ed è contaminato dall'esperienza: spesso le persone traumatizzate si vergognano di quanto è successo, dicono che avevano meritato le punizioni perché erano cattivi o si erano comportate male. Non possono riconoscere le identificazioni introiettive con il genitore cattivo, la necessità del genitore buono e di ridurre il senso di impotenza.

VI. 13. "*L'esperienza del proprio disvalore*" nell'infanzia, rafforza la finzione direttrice che alimenta in modo abnorme la previsione di un pericolo imminente, amplifica rigide sequenzialità emotivo comportamentali indotte situazionalmente, sollecita l'introiezione di modelli relazionali deformi, indebolisce le funzioni integrative e riflessive [64]. Perry dà un'ottima sintesi: "*La caratteristica [...] della scissione può essere compresa se vista come un tentativo adattivo di mantenere l'immagine positiva idealizzata di un genitore pieno di attenzioni, una figura cui rimanere legati escludendo l'immagine del genitore violento od indifferente, [...]*.

Lo sviluppo della capacità del bambino di regolare gli stati affettivi è ripetutamente incrinato dalle esperienze traumatiche che evocano terrore, rabbia, sofferenza. Questi stati emotivi finiscono per confluire in una sindrome post traumatica" [75].

Fonagy sostiene che i bambini maltrattati contrastano difensivamente la rappresentazione degli stati mentali propri e altrui, rarefacendo la rete di sentimenti e pensieri,

schematizzando, per non “incontrare” l’odio, l’uso, l’indifferenza negli agiti dell’adulto, e “vedere” se stessi come persone senza valore, indegne d’amore. Il significato degli stati intenzionali degli abusanti viene negato o distorto, le loro affermazioni (ad es. di giustamente punire), in contrasto con i loro comportamenti, giustificate. Le circostanze traumatiche, che non possono essere decodificate, assumono quel senso vago e penetrante di disagio, di penosa attesa o di vuoto calato nella memoria implicita. Una parola, un gesto vissuto come ambiguo, rievoca la minaccia dell’inganno distruttivo, che rigetta in un terrore incomprensibile e non decodificabile, «Cosa sta succedendo?». Tornala paura di non essere in grado di accorgersi della catastrofe che è di nuovo in agguato, dietro l’angolo, del buco nero che si sta riaprendo sotto i piedi [69].

G. 38 anni ha iniziato la terapia per: problemi e paura dell'intimità; evitamento, dipendenza, incapacità di affrontare in maniera adeguata i conflitti; stress e rottura delle relazioni; incapacità o difficoltà nell'interruzione di rapporti disfunzionali o violenti; convinzione di non potersi meritare nulla di buono o di meglio dalla vita; vissuti di inadeguatezza, solitudine e abbandono; sentimenti di impotenza, diversità ed esclusione; sensazione di vuoto, cattiveria, insensatezza, propria e/o degli altri e del mondo. Ha un lavoro stabile e insoddisfacente, che non riesce a cambiare; vive sola; è in disaccordo con i genitori anziani e malati che frequenta regolarmente in modo disagiata e conflittuale; ha una grande passione per un'arte figurativa in cui ha scoperto essere molto dotata e che le fornisce un buon rifornimento di autostima e socialità altrimenti atrofizzata (attività che è stata molto incoraggiata nelle sedute). In 16ma seduta vorrebbe regalare al terapeuta un premio (consistente), risultato della sua abilità e partecipazione in una manifestazione specialistica. Il terapeuta sollecita la riflessione su questo acting out. La paziente, forse stimolata da un blocchetto di biglietti sulla scrivania, quasi tra le mani del terapeuta, cambia inflessione vocale, prima giocosa, espansiva, vittoriosa e successivamente con voce rotta, mesta, monotona, racconta: "...mio padre aveva dei biglietti, tutti firmati, in modo così arzigogolato che non si potevano falsificare. Quando ne combinavo qualcuna mia madre glielo diceva e uno di quei biglietti finiva in una scatolina sul frigorifero dove teneva la cinghia. Poi alla fine della settimana mi prendevo la punizione...". Alla paziente rimane assolutamente estranea la sequenza premio, offerta del regalo al terapeuta, rifiuto, flashback (che viene considerata solo come un 'come se', e non viene esplicitata), come anche la variazione del suo assetto emotivo, corporeo, mimico e prosodico; nel racconto le sue emozioni sembrano congelarsi. Il terapeuta non accetta il premio, ma solo un piccolo regalo, un oggetto di nessun valore concreto, ma evocativo della brillante prestazione, congratulandosi e partecipando sinceramente (oltre al self-revelation, self disclosure?). In 21ma seduta la paziente ritorna sul flashback: "...mi picchiava e poi si sentiva in colpa... piangeva... mi prendeva in braccio, mi spalmava il lasonil..." la voce è rabbiosa, rotta, il terapeuta è la persona a cui raccontare, con cui riflettere.

Al breve, racconto, sfuggono molti particolari. La paziente si racconta utilizzando, in momenti diversi, modi diversi: *la ragioniera*, meticolosa, adattata, insoddisfatta; *l'ar-*

tista, espansiva, esplorativa, soddisfatta; *la bambina* che racconta il trauma, piccola e spaventata; sfumature e non nette separazioni nel funzionamento, la paziente non ha stati di personalità distinti; le memorie traumatiche comportano modulazioni secondo cliché che hanno avuto un loro ruolo adattativo ed intervengono attivando nel qui e ora il controtransfert.

I rischi sono: la collusione [42] (ad esempio con *l'artista*, molto simpatica e seduttiva), l'attivazione di un'organizzazione difensiva a due, in cui contenuti scissi e identificazioni proiettive si potenziano a vicenda, una relazione polarizzata ed irrigidita, un sistema di potere e/o di accomodamento in cui asimmetricamente i partner allontanano le problematiche di identità e anti ambivalenza, fondano il proprio senso di identità nell'accondiscendere alle richieste altrui.

I pazienti hanno maggior beneficio nel trattamento quando l'acquisizione di una consapevolezza più profonda dei propri bisogni e dei propri atteggiamenti li aiuta a costruire, come asseriva Adler [11, 36], una percezione positiva di sé e del mondo ed è utilizzata per dirigersi verso l'azione e collaudare il cambiamento, quindi nel qui e ora, dove il setting aiuta il discernimento dei fenomeni disfunzionali. In una situazione dissociativa [106] contenuti non elaborabili vengono immagazzinati in aree somatosensoriali, senza integrazione; trigger emotivi, situazionali, visivi, scatenano gli stessi contenuti che tornano con la stessa vivezza dell'esperienza passata, sollecitando il flashback.

Successivamente il ricordo, nel qui e ora, ma soprattutto il contesto emozionale, le *emozioni traumatiche* trovano una collocazione nella relazione con il terapeuta, diventano materiale riutilizzabile nel processo terapeutico. Il paziente ha l'opportunità nell'ambito di un'alleanza terapeutica, sempre in via di consolidamento, di superare la meta fittizia, impronta finalistica, in vario modo carente di obiettività, che ha preso corpo durante l'infanzia e tende a perdurare nell'inquadramento delle concezioni di sé e del mondo esterno [31].

Può affrontare l'inconscia propensione che promuove separazione ed isolamento, il conflitto tra sentimento sociale, (fare con altri) e volontà di autoaffermazione (difendersi dagli altri e/o sopraffarli), tentare il collaudo di un nuovo modo di "essere con", provare a superare lo scoraggiamento radicale da cui è nata la finzione direttrice originata dalle sue necessità di sopravvivenza, influenzata dalle precarizzanti identificazioni con i modelli deformanti del suo micro cosmo sociale/famigliare, che hanno dato luogo a deviazioni quantitative e qualitative nella visione di sé e del mondo. Si tratterebbe di rielaborare una finzione *come se* fosse rivolta ad una compartecipazione emotiva di condivisione e comprensione con crescita dell'autostima reciproca [31].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), Das Zärtlichkeits bedürfnis des Kindes, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di), *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individual psychologie*, Reinhardt, München 1914.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
3. AINSWORTH, M. D. (2006), *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità*, Raffaello Cortina, Milano.
4. ALLEN, J. G., CONSOLE, D. A., LEWIS, L. (1999), Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? *Compr. Psychiatry*, 40 (2): 160-171.
5. ANDA, R. F., FELITTI, V. J., BREMNER, J. D., WALKER, J. D., WHITFIELD, C., PERRY, B. D., DUBE, S. R., GILES, W. H. (2006), The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology, *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 256 (3): 174-186.
6. ANDERSEN, S. L., TOMADA, A., VINCOW, E. S., VALENTE, E., POLCARI, A., TEICHER, M. H. (2008), Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development, *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.*, 20 (3): 292-301.
7. ANDREASEN, N. J. C. (1985), Posttraumatic stress disorder, in KAPLAN, H. I., SADOK, B. J. (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Baltimore: 918-924.
8. BARBASIO, C., GIOVANNELLI, L., GRANIERI, A. (2013), Vulnerabilità psicosomatica e ascolto psicoanalitico: frammento di un'analisi, in CARETTI, V., CRAPARO, G., SCHIMMENTI, A. (a cura di), *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*, Astrolabio, Roma.
9. BEEBE, B., LACHMANN, F. M. (1988), Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure, in GOLDBERG, A. (ed), *Frontiers in Self Psychology: progress in self psychology*, The Analytic Press, Hillsdale: 3-25.
10. BEEBE, B., JAFFE, J., LACHMANN, F. M. (1994), A Dyadic systems model of mother-infant regulation: implications for the origins of representations and therapeutic action, *Psychol. Psychoan.*, 14: 27-33.
11. BENEDETTI, G. (1989), Modelli interpretativi e conoscitivi della personalità in psicoanalisi, *Personalità e psicopatologia*, ETS, Pisa.
12. BENES, F. M. (1994), Cambiamenti evolutivi nell'adattamento dello stress in relazione alla psicopatologia, *Sviluppo e psicopatologia*, 6: 723-739.
13. BOWLBY, J. (1969), *Attachment. Attachment and Loss*, vol. 1, tr. it. *Attaccamento e perdita 1*, Bollati Boringhieri, Torino 1999.
14. BOWLBY, J. (1973), *Separation: Anxiety & Anger. Attachment and Loss*, vol. 2, tr. it. *Attaccamento e perdita 2*, Bollati Boringhieri, Torino 2000.
15. BROWN, R. J. (2006), Different types of "dissociation" have different psychological mechanisms, *J. Trauma Dissociation*, 7(4): 7-28.

16. BREWIN, C. R. (2001), A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment, *Behav. Res. Ther.*, 39: 37-93.
17. BROMBERG, P. M. (2011), *The shadow of the tsunami: and the growth of the relational mind*, tr. it. *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*, Raffaello Cortina, Milano 2012.
18. BROOKS-BRENNEIS, C. (1996), Memory sistem and psychoanalytic retrieval of memories of trauma, *J. Am. Psychoan. Assoc.*, 44: 1165-1187.
19. CASSIDY, J., MOHR, J. J. (2001), Unsolvable Fear, Trauma, and Psychopathology: Theory, Research, and Clinical Considerations Related to Disorganized Attachment across the Life Span, *Clin. Psychol. Sci. Pr.*, 8: 275-298.
20. COPERLAND, W. E., KEELER, G., ANGOLD, A., COSTELLO, E. J. (2007), Traumatic events and posttraumatic stress in childhood, *Arch. Gen. Psychiatry*, 64: 577-584.
21. CORTUOIS, C. A. (1999), *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*, Norton, New York.
22. CRAPARO, G. (2013), *Il disturbo post traumatico da stress*, Carocci, Roma.
23. CROCQ, L. (1999), *Les Traumatismes Psychiques de Guerre*, Odile Jacob, Paris.
24. D'ANDREA, W., FORD, J., STOLBACH, B., SPINAZZOLA, J., VAN DER KOLK, B. A. (2012), Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis, *Am. J. Orthopsychiatry*, 82(2): 187-200.
25. DIAMOND, S., BALVIN, R., DIAMOND, E. (1963), *Inhibition and choice*, Harper Row, New York.
26. DONG, M., ANDA, R. F., FELITTI, V., DUBE, S. R., WILLIAMSON, D. F., THOMPSON, T. J., LOO, C. M., GILES, W. H. (2004), The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction, *Child Abuse Negl.*, 28: 771-784.
27. DRAIJER N., LANGERLAND, W. (1999), Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatient, *Am. J. Psychiatry*, 156: 379-388.
28. DUBE, S. R., FELITTI, V. J., DONG, M., CHAPMAN, D. P., GILES, W. H., ANDA R. F. (2003), Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study, *Pediatrics*, 111(3): 564-572.
29. DUTRA, L., BUREAU, J., HOLMES, B., LYUBCHIK, A., LYONS-RUTH, K. (2009), Quality of early care and childhood trauma: a prospective study of developmental pathways to dissociation, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 197: 383-390.
30. ELLENBERGER, H. (1970), *The discovery of the unconscious: the history and evolution of dynamic psychiatry*, tr. it. *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*, Bollati Boringhieri, Torino 1976.
31. FASSINO, S. (2010), Finzioni e processi di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69: 59-79.
32. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.

33. FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDERBERG, D., WILLIAMSON, D. F., SPITZ, A. M., EDWARDS, V., KOSS, M. P., MARKS, J. S. (2001), Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults, in: FRANEY, K., GEFFNER, R., FALCONER, R. (EDS), *The cost of child maltreatment: who pays? We all do*, Family Violence and Sexual Assault Institute, St. Diego.
34. FERENCZI, S. (1932), *Ohne Sympathie keine Heilung: Das klinische Tagebuch von 1932*, tr. it. *Diario clinico (gennaio-ottobre 1932)*, Raffaello Cortina, Milano 2004.
35. FERENCZI, S. (1949), Confusion of tongues between adults and the child: the language of tenderness and the language of passion, *Int. J. Psychoanal.*, 30: 225-230.
36. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
37. FERRERO, A., SIMONELLI, B. (2006), Sequential Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (SB-APP): psicoterapia time limited per pazienti con organizzazione borderline di personalità, *Riv. Psicol. Individ.*, 59: 13-38.
38. FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. L., TARGET, M. (2002), *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*, tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
39. FONAGY, P., TARGET, M. (1997), Attachment and reflective function: The irrole in self-organization, *Dev. Psychopathol.*, 9: 679-700.
40. FORD, J. D., ELHAI, J. D., CONNOR, D. F., FRUEH, B. C., PO, Y. (2010), Victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorder and involvement in delinquency in a national sample of adolescence, *J. Adolesc. Health*, 46: 545-552.
41. FRALEY, R. C., NIEDENTHAL, P. M., MARKS, M., BRUMBAUGH, C., VICARY, A., (2006), Probing the Hyperactivating Strategies Underlying Anxious Attachment, *J. Pers.* 74,4: 1163-1190.
42. FRANKEL, J. (1993), Collusione e intimità nella relazione analitica, in ARON, J., HARRIS, A. (a cura di), *L'eredità di Sándor Ferenczi*, Borla, Roma 1998.
43. FREYD, J. J. (1996), *Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse*, Harvard University Press, Cambridge.
44. GABBARD, G. O. (1994), *Psychodynamic Psychiatry in clinical practice*, tr. it. *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano 1992.
45. GALLESE, V. EAGLE MORRIS, M., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement; Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relation, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 55: 31-176.
46. GLASER, D. (2000), Child abuse and neglect and the brain: A review, *J. Child Psychol. Psychiatry*, 41(1): 97-116.
47. GLASER, D. (2002), Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework, *Child Abuse Negl.*, 26(6/7): 697-714.
48. HART, J., GUNNAR, M., CICCETTI, C. (1995), Salivary cortisol in maltreated children. Evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence, *Dev. Psychopathol.*, 7: 11-26.

49. HECHT, D. (2014), Lateralizzazione cerebrale delle tendenze pro e anti-sociali, *Exp. Neurobiol.*, 23: 1-27.
50. HEIM, C., OWENS, M. J., PLOTSKY, P. M., NEMEROFF, C. B. (1997), Persistent changes in corticotropin-releasing factor systems due to early life stress: relationship to the pathophysiology of major depression and post-traumatic stress disorder, I: endocrine factors in the pathophysiology of mental disorders, *Psychopharmacol. Bull.*, 33:185-192.
51. HEIM, C., OWENS, M. J., PLOTSKY, P. M., NEMEROFF, C. B. (1997), The role of early adverse life events in the etiology of depression and posttraumatic stress disorder: focus on corticotropin-releasing factor, *Ann. NY Acad. Sci.*, 821: 194-207.
52. HERMAN, J. (1992), *Trauma and recovery: the aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*, tr. it. *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Magi Editore, Roma 2005.
53. HOLMES, E., BROWN, R., MANSELL, W., FEARON, P., HUNTER, E., FRASQUILHO, F., OAKLEY, D. (2005), Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications, *Clin. Psychol. Review*, 25: 1-23.
54. JANET, P. (1889), *L'automatisme psychologique: première partie*, tr. it. *L'automatismo psicologico. Saggio di psicologia sperimentale sulle forme inferiori dell'attività umana*, Raffaello Cortina, Milano 2013.
55. JANET, P. (1909), Problèmes Psychologiques de l'Emotion, *Rev. Neurol.*, 17: 1551-1687.
56. KHAN MASUD, R. (1963), The Concept of Cumulative Trauma, *Psychoanal. Study Child*, 18: 286-306.
57. KOHUT, H. (1984), *How Does Analysis Cure?*, tr. it. *La cura psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino 1986: 114.
58. KOHUT, H. (1978), *The Search for the Self*, tr. it. *La ricerca del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino 1982.
59. LANE, R. D., REIMAN, E. M., BRADLEY, M. M., LANG, P. J., AHERN, G. L., DAVIDSON, R. J., SCHWARTZ, G. E. (1997), Neuroanatomical correlates of pleasant and unpleasant emotion, *Neuropsychologia*, 35 (11): 1437-1444.
60. LANIUS, R. A., BRAND, B., VERMETTEN, E., FREWEN, P. A., SPIEGEL, D. (2012), The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications, *Depress. Anxiety*, 29 (8): 701-708.
61. LA MARCA, L., MINGHETTI, M., BALDONI, F., SCHIMMENTI, A. (2015), Trascuratezza emotiva e sviluppo della personalità: un'emplificazione clinica attraverso l'analisi di un protocollo adult attachment interview, *Psichiatria & Psicoterapia*, 34,1: 3-25.
62. LEVINE, S. (1957), Infantile experience and resistance to physiological stress, *Science*, 126: 405-406.
63. LINEHAN, M. M. (1993), *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, tr. it. *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
64. LINGARDI V., MADEDDU, F. (2002), *I meccanismi di difesa*, Cortina, Milano.

65. LINGIARDI, V., MUCCI, C. (2014), Da Janet a Bromberg, passando per Ferenczi, *Psichiatria & Psicoterapia*, 33,1: 41-62.
66. LIOTTI, G. (1999), Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento, *Atque*, 20-21: 107-126.
67. LIOTTI, G., FARINA, B. (2011), *Sviluppi traumatici: etiopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
68. LYONS-RUTH, K. (1998), Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment, *Infant Ment. Health*, 19: 282-289.
69. MALACREA, M. (2006), *Esperienze sfavorevoli infantili*, Istituto degli Innocenti, Firenze.
70. MCBURNETT, K., LAHEY, B., RATHOUZ, P., LOEBER, R. (2000), Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior, *Arch. Gen. Psychiatry*, 57(1): 38-43.
71. MEARES, R. (1995), Episodic Memory, Trauma, and the Narrative of Self, *Contemp. Psychoanal.*, 31(4): 541-556.
72. NIJENHUIS, E. R. S. (2000), Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders, *J. Trauma Dissociation*, 1(4): 7-32.
73. OGDEN, P. (2013), Oltre le parole: la psicoterapia sensomotora nel trattamento del trauma, in CARETTI, V., CRAPARO, G., SCHIMMENTI, A. (a cura di), *Memorie Traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*, Astrolabio, Roma.
74. OGDEN, P. et al. (2013), *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*, tr. it. *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotora*, Istituto Scienze Cognitive Editore, Milano 2015.
75. PERRY, J. C., HERMANN, J. L. (1995), *I traumi e le difese nell'eziologia del disturbo borderline di personalità*, tr. it. *Il disturbo borderline di personalità. Eziologia e trattamento*, Raffaello Cortina, Milano.
76. PERRY, P. D., POLLARD, R. A., BLAICLEY, T. L., BAKERW, L., VIGILANTE, D. (1995), Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and "Use-dependent" Development of the Brain: How "States" Become "Traits", *Infant Ment. Health J.*, 16,4: 271-291.
77. PORGES, S. W. (2001), The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system, *Int. J. Psychophysiol.*, 42(2): 123-46.
78. RAZ, A. (2004), Anatomy of attentional networks, *The Anatomical Record Part B, Anat. Rec. B New Anat.*, 281(1): 21-36.
79. RESNICK, H. S., KILPATRICK, D. G., DANSKY, B. S., SAUNDERS, B. E., BEST, C. L. (1993), Prevalence of Civilian Trauma and PTSD in a Representative National Sample of Women, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 61(6): 984-91.
80. ROVERA, G. G. (2016), L'alleanza col deficit: un possibile strumento mutativo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 41-49.
81. ROVERA, G. G. (2016), Transmotivazione: Proposta per una strategia dell'incoaggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 80: 9-29.
82. SCHIMMENTI, A. (2013), Trauma evolutivo: origini e conseguenze dell'abuso e della trascuratezza nell'infanzia, in CARETTI, V., CRAPARO, G., SCHIMMENTI, A (a cura

- di), *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*, Astrolabio, Roma.
83. SCHIMMENTI, A. (2014), Il trauma evolutivo e la ricerca dell'intimità: una prospettiva relazionale, *Ricerca Psicoanalitica*, 5: 31-53.
84. SCHIMMENTI, A., BIFULCO, A. (2008), Quando i genitori maltrattano i figli: le radici psicopatologiche dello sviluppo affettivo, in CARETTI, V., CRAPARO, G. (a cura di), *Trauma e Psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma: 94-131.
85. SCHIMMENTI, A., BIFULCO, A. (2015), Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles, *Child Adolesc. Ment. Health*, 20: 41-48.
86. SCHIMMENTI, A., CARETTI, V. (2010), Psychic retreats or psychic pits? Unbearable states of mind and technological addiction, *Psychoanal. Psycho.*, 27: 115-132.
87. SCHIMMENTI, A., CARETTI, V. (2014), Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self, *Psychoanal. Psycho.*, 33 (1): 106-128.
88. SCHORE, A. N. (2013), Traumi relazionali e sviluppo dell'emisfero destro. Un dialogo tra psicologia psicoanalitica del Sé e neuroscienze, in CARETTI, V., CRAPARO, G., SCHIMMENTI, A. (a cura di), *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*, Astrolabio, Roma: 37-52.
89. SCHORE, A. N. (1996), The experience-dependent maturation of a regulatory system of an evaluative system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology, *Dev. Psychopathol.*, 8: 59- 87.
90. SCHORE, A. N. (2003), *Affect dysregulation and disorders of the self*, tr. it. *I disturbi del Sé. La disregolazione degli affetti*, Astrolabio, Roma 2010.
91. SCHORE, A. N. (2001), The right brain as the neurobiological substratum of Freud's dynamic unconscious, in SCHARFF, D., SCHARFF, J., *Freud at the millennium: the evolution and application of psychoanalysis*, Other Press, New York: 61-88.
92. SCHORE, A. N. (2002), Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder, *Aust. N. Zeal. J. Psychiatry*, 36: 9-30.
93. SIEGEL, D. J. (2003), An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma, in SOLOMON, M., SIEGEL, D. J. (Eds.), *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body, and Brain*, Norton & Company, New York: 1-56.
94. SIEGEL, D. J. (2012), *The Developing Mind, Second Edition: How relationships and the brain interact to shape who we are*, tr. it. *La mente relazionale*, seconda edizione, Raffaello Cortina, Milano 2013.
95. SKELTON, K., RESSLER, K. J., BRADLEY-DAVINO, B. (2012), PTSD and Gene Variants: New Pathways and New Thinking, *Neuropharmacology*, 62(2): 628-637.
96. STERN D. N., *Il momento presente*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.
97. STERN, D. N., *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
98. STEVENSON C. W., HALLIDAY D. M., MARSDEN C. A., MASON R. (2008), Early life programming of hemispheric lateralization and synchronization in the adult medial prefrontal cortex, *Neuroscience*, doi: 10.1016/j.neuroscience.2008.06.013.

99. TERR, L. (1991), Childhood traumas: an outline and overview, *Am. J. Psychiatry*, 148(1):10-20.
100. TRONICK, E. Z. (1989), Le emozioni e la comunicazione affettiva nelle prime relazioni, in RIVA CRUGNOLA, C. (a cura di), *La Comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*, Raffaello Cortina, Milano 1999.
101. TRONICK, E. Z. (2009), Multilevel meaning making and dyadic expansion of consciousness theory: The emotional and the polymorphic and polysemic flow of meaning, in FOSHA, D., SIEGEL, D., SOLOMON, M. (eds), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development and clinical practice*, Norton, New York: 293-315.
102. TRONICK, E. Z., WEINBERG, M. K. (1997), Depressed mothers and infants. Failure to form dyadic states of consciousness, in MURRAY, L., COOPER, P. (eds), *Postpartum depression and child development*, tr. it. *Le madri depresse e i loro bambini: l'insuccesso nella formazione di stati di coscienza diadici*, in TRONICKE, Z., *Regolazione emotiva: nello sviluppo e nel processo terapeutico*, Raffaello Cortina, Milano 2008: 155-184.
103. TRONICK, E. Z. (2006), Self and dyadic expansion of consciousness, meaning-making, open systems, and the experience of pleasure, in LA SALA, G. B., FAGANDINI, P., LORI, V., MONTI, F., BLICKSTEIN, I. (a cura di), *Coming into the world: a dialogue between medical and human science*, Walter de Gruyter GmbH e Co, Berlin: 16-17.
104. VAN DER HART, O., NIJENHUIS, E. (2009), Dissociative disorders, in BLANEY, P. H., KRUEGER, R. F., MILLON, T. (Eds), *Oxford Textbook of Psychopathology*, Oxford University Press, New York.
105. VAN DER KOLK, B. A., VAN DER HART, O. (1989), Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma, *Am. J. Psychiatry* 146,12: 1530-1540.
106. VAN DER KOLK, B. A. (1987), The drug treatment of post-traumatic stress disorder, *J. Affect. Disord.*, 13,2: 203-213.
107. VAN DER KOLK, B. A., MCFARLANE, A. C., WEISAETH, L. (1996), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, tr. it. *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Magi, Roma 2005.
108. VAN DER KOLK, B., OLAFSON, E., LIAUTAUD, E. J., MALLAH E., HUBBARD, K. R., KAGAN, R., LANKTREE, C., BLAUSTEIN, M., CLOITRE, M., DEROSA, R., JULIAN FORD, J., SPINAZZOLA, J., COOK, A. (2005), Complex Trauma in Children and Adolescents, *Psychiatr. Ann.*, 35,5: 1-40.

Sergio Laguzzi
Via Castel del Lupo 55
I-10060 San Secondo di Pinerolo (TO)
E-mail: slaguzzi@aslto3.piemonte.it

Francesca Marconetto
Frazione Ottana 8
I-10060 Castagnole Piemonte (TO)
E-mail: francesca.marconetto@gmail.com

Trauma e Attaccamento: considerazioni teorico-tecniche per un intervento articolato di Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP)

ELISABETTA CAIRO

Summary – TRAUMA AND ATTACHMENT: THEORETICAL AND TECHNICAL CONSIDERATIONS FOR AN ARTICULATED INTERVENTION OF ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY (APPs). In recent years the scientific literature concerning Trauma highlighted the neurophysiological correlates related to traumatic experiences, the influences it can have on the development of Self-Life Style and what role playing sensory-bodily and emotional experiences in the treatment of individual mental suffering resulting from that experience. Trauma is configured as an experience that breaks the continuity of the Self and blocks the development of Social Feeling, which aggregation instance of Self parts: the inability to integrate the sensory-bodily-emotional components blocks the process of experience signification rendering the individual incapable of organizing a representation of the himself experience. This paper intends to present a proposal for an adlerian psychodynamic psychotherapeutic treatment for individuals precociously traumatized that takes account of the latest techniques in the treatment of post-traumatic stress disorder which involved primarily aspects of non-integration of sensory-bodily-emotional Self vision and secondarily on development of the meaning.

Keywords: TRAUMA, ADLERIAN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY, PSICOTERAPIA SENSOMOTORIA, ATTACCAMENTO

La letteratura scientifica degli ultimi anni ha dimostrato in modo esaustivo la connessione tra la disregolazione affettiva e le esperienze di trascuratezza, il trauma e il fallimento dell'attaccamento nella prima infanzia [69]. La regolazione affettiva è considerata centrale in psicopatologia e nella pratica psicoterapeutica [29, 38, 74] e le ricerche neuroscientifiche recenti sottolineano il primato dell'emisfero destro nell'elaborare le emozioni negative inconscie [67], dimostrando che la corteccia di tale emisfero ha un ruolo fondamentale nel processo di elaborazione dell'immagine di sé [84] e che gli affetti basati sul corpo si trovano al centro della comunicazione empatica. Attualmente l'interesse clinico-scientifico per il trauma è aumentato molto negli ultimi anni, in quanto le neuroscienze hanno messo in evidenza gli effetti negativi che questo ha sullo sviluppo del sé.

I. *Il trauma: cenni storici e definizione*

Storicamente la comunità scientifica ha iniziato ad occuparsi dei sintomi derivanti dall'esperienze traumatiche fin dai tempi di Oppenheim, nel 1892, che introdusse il concetto di nevrosi post traumatica, e di Kraepelin, nel 1896, con il concetto di nevrosi da spavento [55]. L'attenzione nei confronti dei Traumi diviene sempre maggiore con la nascita della moderna psicoterapia e con l'impiego dell'ipnosi come cura d'elezione per la psicopatologia ad eziopatogenesi post-traumatica.

Tra i vari clinici dell'epoca che si occuparono dello studio e della cura dei disturbi post traumatici, sicuramente P. Janet riveste una notevole importanza; il clinico francese è colui che ha forse maggiormente influenzato la moderna psicotraumatologia (40, p. 4). Il concetto di trauma può essere considerato come un ponte tra la Psichiatria, la Biologia e la Psicologia Psicodinamica, tanto che la letteratura scientifica attuale mette in luce come un qualsiasi evento possa risultare traumatico per l'individuo e possa avere un potenziale patogeno in relazione sia alla intensità e alla durata dello stimolo sia alle variabili individuali di soglia di risposta, rappresentazione, rielaborazione e ripresa [59].

Una delle chiavi di comprensione del trauma è costituita dalla conoscenza delle modalità con cui il cervello umano risponde all'impotenza e come quest'ultima attivi il nostro naturale istinto di sopravvivenza. Nella letteratura scientifica si trovano moltissime definizioni di trauma e tutte hanno in comune il concetto di incapacità da parte dell'individuo di integrare in modo efficace l'esperienza emotiva sovrastante vissuta al momento del trauma.

- *“...esperienza unica individuale di un evento, di una serie di eventi, o di un insieme di condizioni durature nelle quali la capacità di integrare l'esperienza emotiva è sovrastata”* [66].

- *“... minaccia per la sicurezza e la sopravvivenza stimola le risposte difensive sub-corticali e l'iper-ipoarousal.... la minaccia viene percepita a livello cognitivo e a livello di sensazioni e impulsi fisici e fisiologici. Tali sensazioni e impulsi precedono la percezione cognitiva ed emotiva”* [60].

Il trauma pertanto rimanda ad un vissuto di impotenza, di fronte ad una esperienza sconvolgente e non controllabile che fa sorgere delle sensazioni incontenibili, travolgendo le difese dell'individuo, costringendolo ad utilizzare delle difese patologiche ed impedendogli di categorizzare e significare l'esperienza che si configura così come “terrore indicibile”.

II. *Correlati neurofisiologici alla base del trauma psicologico*

Gli studi scientifici evidenziano in modo chiaro le specifiche alterazioni neurologiche e biochimiche che derivano dall'esposizione a situazioni traumatiche, specialmente se queste si connotano come estreme e ripetute nel tempo e in età precoce [18, 48].

Attualmente un aspetto importante sottolineato dalle neuroscienze è il ruolo giocato dall'emisfero destro e le sue peculiarità. L'emisfero destro riveste un ruolo essenziale nell'elaborazione degli stimoli emotivi e nella comunicazione emotiva all'interno di un relazione interpersonale¹.

È l'emisfero primariamente e maggiormente coinvolto nell'attivazione dei sistemi di arousal, nell'elaborazione dell'arousal emotivo e nella risposta automatica agli stimoli emotivi [39]. "L'emisfero destro gestisce una rete neurale diffusa per una rapida risposta al pericolo e ad altri problemi urgenti..... e rappresenta il substrato biologico della mente umana inconscia,.... è profondamente implicato nell'elaborazione dell'informazione affettiva proveniente dalle reazioni fisiologiche ed è associato ai vari stati motivazionali" (20, p. 186) [75].

Le alterazioni morfo-funzionali cerebrali principali derivanti dal trauma si riscontrano maggiormente nel circuito costituito da ippocampo, corteccia pre-frontale, amigdala e nuclei para-ventricolari [5] e nella compromissione del sistema di controllo corticale frontale sui sistemi sotto-corticali [79, 59]. Lo stimolo sensoriale che proviene dal troncoencefalo non viene integrato nella normale consapevolezza perché l'informazione non riesce a raggiungere in maniera efficace il sistema limbico e la neocorteccia [51, 52]. In sostanza nell'esperienza traumatica le strutture più alte del cervello sono spesso dominate da quelle più basse [27, 71], comportando un traffico neuronale più intenso dal basso verso l'alto [55], cui si unisce la liberazione degli ormoni endogeni sensibili allo stress: le catecolamine, la serotonina, il cortisolo e gli altri glucorticoidi e gli oppioidi endogeni [8].

Queste alterazioni e squilibri causano un deficit della capacità di mentalizzazione, significazione e rappresentazione simbolica che impedisce l'elaborazione e pertanto l'integrazione del ricordo traumatico nella memoria dichiarativa autobiografica [53, 54, 68].

¹ Come nota Mancia, l'emisfero destro sembra essere la sede della memoria implicita, dove viene conservata la conoscenza relazionale implicita, formata dalle esperienze emotive ed affettive pre-simboliche e pre-verbali, a volte anche traumatiche, che si sviluppano nella relazione precoce madre-bambino.

III. *Memoria e Trauma*

La letteratura scientifica ci dice che ogni tipologia di trauma è accomunata dall'impossibilità dell'apparato psichico di integrarla in una rappresentazione mentale. Le tracce mnestiche degli eventi traumatici sono caratterizzate dalla non volontarietà del recupero mnestico, dalla vividezza delle immagini, da una risposta emotiva autonoma di allarme di elevata intensità: *living in the trauma time!* [90] e dalla mancanza del sentimento di identità generalmente connesso a ricordi non traumatici [6, 46, 62].

Grazie alle recenti ricerche sappiamo che l'esperienza traumatica è dominio della memoria implicita dove predomina la funzione di regolazione dell'amigdala, del sistema limbico e delle connessioni tra queste e la corteccia pre-frontale. I pensieri, le emozioni e le sensazioni fisiche rimangono divise in rappresentazioni separate che non vengono memorizzate come un tutto. Le informazioni vengono processate da 3 differenti forme di memoria implicita: procedurale, percettiva ed emotiva [70]. Il ricordo traumatico è memorizzato usando quindi tre vie: le tensioni somatiche all'azione (componente procedurale), le intrusioni sensoriali e sensazioni (componente percettiva) e l'attivazione emotiva intensa e sopraffacente (componente emotiva) [60]. La conseguenza di ciò è una traccia mnemonica traumatica non organizzata secondo una narrativa logica e coerente, ma in frammenti sensoriali ed emotivi (88, pp. 202-203).

I recenti studi scientifici, ci informano che le più importanti memorie implicite comportano procedure per stare con gli altri e con se stessi, e che tali procedure sono conosciute come "conoscenza relazionale implicita" (89, p. 200) [9, 82]. La maggior parte dei comportamenti umani è guidato dalla memoria procedurale: parafrasando Beebe [10] si può dire che i primi pattern di interazione vengono rappresentati in modo pre-simbolico attraverso l'organizzazione procedurale di sequenze di azioni (9, p.160). Anche le abitudini psicologiche si configurano come tendenze apprese a livello procedurale; quello che è svantaggioso di tali tendenze è l'automatismo da cui sono caratterizzate, perché nel corso del tempo potrebbero non rivelarsi più adeguate a tutte le situazioni. Sappiamo anche che la memoria somatica [70], memoria corporea implicita, fa riferimento prevalentemente a ricordi dell'attaccamento che emergono attraverso l'esperienza somatica e contiene rappresentazioni degli stati emotivi associati con esperienze vissute dall'individuo.

Per i motivi precedentemente descritti l'accesso alla memoria implicita procedurale è molto importante nel trattamento dei traumi, in quanto è lì che risiedono le associazioni che guidano i processi mentali e i comportamenti al di là della coscienza [28]. Gli esperimenti di priming dimostrano che l'individuo ricorda in maniera implicita, quando si attiva una rete associativa, in tal senso l'individuo reagisce nelle relazioni interpersonali sia preventivamente che affettivamente a seconda degli "schemi apperceptivi" che si è costruito nelle esperienze precedenti, anche molto precoci, di cui non si ha memoria consapevole.

IV. Influenza dei correlati neurofisiologici e psicologici del trauma sullo sviluppo del sé

Il nucleo del trauma evolutivo si trova a cavallo tra l'attaccamento traumatico e la disregolazione psicobiologica che è la conseguenza del fallimento delle relazioni primarie.

Grazie alle ricerche e agli studi scientifici sappiamo che le relazioni di attaccamento sono co-create: inizialmente sono il regno del non-conscio, del pre-verbale e sono regolate dal comportamento intuitivo e dalla conoscenza relazionale implicita. In tal senso ne consegue che le interazioni affettive fondate sul corpo costituiscono mattoni fondamentali per la costruzione del legame di attaccamento e delle emozioni ad esso associate. Questa esperienza comunicativa "emisfero destro con emisfero destro", "corpo con corpo", sarà ricordata più avanti come una "memoria corporea" appresa proceduralmente a livello emotivo, del SNA, motorio, viscerale e di significato.

Le strategie coinvolte in queste relazioni primarie sono quelle volte alla regolazione degli affetti che a loro volta daranno forma al Sé. La capacità adattiva dell'individuo si sviluppa proprio qui, dove la madre si sintonizza psicobiologicamente con le modifiche degli stati interni di arousal del bambino, in modo che non siano troppo alti o troppo bassi. Come ben descritto da Schore il sistema di attaccamento contribuisce alla formazione di una adeguata capacità di regolazione emotiva e di gestione dello stress gerarchicamente coordinata dall'emisfero destro, secondo la "regolazione dialettica dell'emozione" [73, 79].

Sappiamo che se queste primarie interazioni, regno dell'apprendimento procedurale [42], sono connotate traumaticamente possono compromettere il normale sviluppo del sistema nervoso [72, 73, 79, 83]: in particolare si producono risposte disadattive del sistema nervoso autonomo [63, 72, 73, 77, 78, 79], un'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene [23, 51, 52], un ridotto volume dell'amigdala e dell'ippocampo [13], una riduzione del metabolismo della corteccia prefrontale [22], una ridotta connettività fra le strutture dell'emisfero destro [73, 87], un aumento abnorme di cortisolo e noradrenalina [75, 77, 58]. Inoltre la disregolazione psicobiologica porta a una riduzione della finestra di tolleranza emotiva [69], della capacità di integrazione tra strutture corticali superiori e strutture limbiche e troncoencefaliche, delle funzioni di controllo della corteccia frontale e prefrontale sul sistema limbico [51, 52] e crea uno stato ipermetabolico del SNA [58, 75, 77].

È in questo contesto di precoce traumatizzazione che si producono un deficit della capacità di mentalizzazione e a livello psicologico un'interruzione della continuità del Sé, perché vengono improvvisamente invalidati gli schemi di significato che organizzano l'esperienza di "chi si è" (16, p.8). L'intensità emotiva dell'esperienza traumatica, essendo minacciosa per l'integrità del Sé, viene dissociata, in modo che la coscienza ordinaria sia al riparo da stimoli dolorosi sopraffacenti [19, 20].

Se si tratta di una traumatizzazione precoce e cronica allora la difesa dissociativa può diventare il centro intorno a cui si organizza la personalità, passando da meccanismo normale della mente a meccanismo di difesa patologico e pervasivo che impedisce l'accesso agli stati somatopsichici connessi alle memorie traumatiche (17, p.11) [14, 15, 40, 44, 45, 56, 87].

V. *Il corpo regno del trauma*

Come già Otto Kernberg sosteneva, “il corpo è una configurazione geografica di significati personali. Per afferrare questi significati dobbiamo dare spazio al sé somatico, prestare attenzione sia a ciò che rivela il corpo del paziente, sia alla relazione del paziente con il proprio corpo” (89, p. 220).

Le emozioni vengono percepite nel corpo e danno forma alla realtà dell'individuo [25, 26, 71] ed è nell'attaccamento che si impara a regolare le emozioni [36, 73]. Questo processo di regolazione interattiva psicobiologica permette all'essere umano di imparare a tradurre le sensazioni corporee in emozioni e sentimenti che pian piano potranno essere riconosciuti, nominati, contenuti ed interpretati [48; 49]. Se questo processo è deficitario le emozioni verranno vissute prevalentemente come sensazioni somatiche o sintomi fisici, rendendo l'esperienza sensoriale-corporea-emozionale il centro della traumatizzazione: come scrive Van der Kolk: “il corpo tiene il conto!” [88, 89].

Le ricerche nell'ambito delle neuroscienze hanno confermato che gli individui traumatizzati possono “non avere parole” [88, 90] per descrivere le loro esperienze, per motivi connessi allo sviluppo del linguaggio (esperienze traumatiche precedenti), per motivi difensivi (rischio di perdita delle relazioni vitali) e perché le emozioni evocate dal trauma inibiscono il funzionamento delle strutture cerebrali mediatrici del linguaggio (corteccia sinistra, area di Broca ed ippocampo). In tal senso assistiamo ad un primato della memoria implicita procedurale su quella esplicita/dichiarativa, che rende necessario un lavoro specifico con la memoria somatica.

VI. *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP), sentimento sociale e trauma dell'attaccamento*

Un elemento fondamentale per la strutturazione del Sè- Stile di Vita è il sentimento sociale, concetto formulato da Adler inizialmente nella sua teoria della nevrosi e successivamente consolidato con un valore centrale per il modello adleriano nel 1927 nel suo testo *La Conoscenza dell'Uomo*. Sentimento Sociale come “legame umano... in correlazione con l'empatia” (65, p. 25) e come senso comune “...quale Sentimento di Appartenenza, in quanto nell'individuo c'è una necessità strutturale di avvicinarsi all'Altro, di stabilire una relazione per una comunicazione efficace in forma di oggettività-intersoggettività...” (65, pp. 25-26).

Lo Stile di Vita si forma nella primissima infanzia già in modo bene definito, anche

se poi attraversa un processo di adattamento e riorganizzazione nel corso della vita; lo Stile di Vita "...è un modo originale di pensare, sentire ed agire: esso è unico per quell'individuo e rappresenta il concetto all'interno del quale devono essere considerate tutte le manifestazioni specifiche, anche quelle comunitarie (65, p.22) [81].

La concettualizzazione teorica della psicoterapia sensomotoria appare in linea con i paradigmi delle APPs [32, 33]:

1) il paradigma dell'unità psicosomatica dell'individuo appare in linea con il principio della psicoterapia sensomotoria che utilizza il corpo come primo punto di accesso per l'elaborazione del trauma integrando anche gli aspetti cognitivi ed emotivi, sostenendo l'essenzialità dell'integrazione dei processi sensomotorio-cognitivo ed emotivo;

2) il paradigma della regolazione del sé appare in linea con l'uso della mindfulness, che potrebbe essere considerata come una funzione specifica del sentimento sociale che permette di accettare la sensazione di inferiorità, in modo non giudicante, modificando lo schema appercettivo per sperimentare nuovi modi di percepire se stessi, gli altri e il mondo, attraverso la promozione di un adattamento creativo alle esigenze ambientali [1-3] e dell'aggregazione delle istanze del sé, in favore della funzione intrapsichica del sentimento sociale [30, 31] unitamente alla costanza e coerenza dell'identità;

3) Il paradigma dei moduli di legame appare in linea con l'accento posto dalla psicoterapia sensomotoria sul lavoro sui processi di memorizzazione impliciti e procedurali connessi alle relazioni di attaccamento per promuoverne l'integrazione a livello esplicito dichiarativo, al fine di rendere l'individuo consapevole delle risposte automatiche e degli schemi d'azione consolidati (procedurali) e promuovere la formazione di rappresentazioni di sé adattive all'ambiente. Nello specifico le tecniche delle APPs si articolano diversamente a seconda del disturbo psichico del paziente e si riferiscono "...ad una teoria causale dell'evento clinico che serve a spiegarne la genesi e a definire ciò che si cerca di guarire o di modificare, e ad una teoria del cambiamento dell'evento clinico che serve a formulare delle ipotesi sulle modalità attraverso cui il cambiamento si possa realizzare" (394, p. 46).

Adler, parlando del legame mente-corpo come di un tutto indivisibile, sottolineava il loro reciproco influenzamento e la necessità di comprendere come l'individuo reagisse di fronte alle sensazioni del proprio corpo e scrisse -parafrasandolo- che gli stati emotivi sono strettamente collegati al nucleo della personalità e che la condizione emotiva è molto profondamente inserita nella vita psichica dell'individuo tanto da esteriorizzarsi fisicamente ed influenzare il sistema volontario quanto quello vegetativo [3].

In termini adleriani le memorie procedurali implicite partecipano alla formazione degli schemi appercettivi e del Sé-Stile di Vita nelle fasi precoci dell'attaccamento. "Lo stile di Vita sotteso da una base biologica non è soltanto una mera collezione di regole: ma è l'organizzazione di tutte le regole.

Lo Stile di Vita nasce nell'ambiente che lo circonda (Umwelt) con un particolare mondo percettivo, legato ai processi di apprendimento ed agli Stili di Attaccamento. A mano a mano che il bambino cresce, lo stile iniziale viene continuamente rafforzato dall'esperienza sino a diventare una legge del movimento nella vita dell'individuo" (65, p. 22) [64].

Nello sviluppo traumatico assistiamo all'attivazione conflittuale del sistema di attaccamento e di quello di difesa in quanto l'individuo è spinto (tendenza innata) a cercare vicinanza protettiva al caregiver e contemporaneamente a fuggire dallo stesso che gli appare minaccioso. Gli studi recenti ci informano sul fatto che la reattività alle condizioni di stress, la formazione di "mappe" (schemi appercettivi) e le connessioni cerebrali di un individuo sono mediate dal corredo genetico che è influenzato dalla quantità di stress che bisogna gestire durante le prime fasi dello sviluppo. L'interazione geni-"ambiente traumatico" può portare ad un deficit di organizzazione cerebrale dei circuiti dello stress e ad un'interazione patologica tra le mappe (schemi appercettivi) cerebrali del sistema di difesa, quelle relative al sistema di attaccamento e quelle delle funzioni integrative della memoria [57].

Alla luce di quanto evidenziato dalle scienze si può dire sinteticamente che il trauma dell'attaccamento blocca l'esperienza interna di continuità del Sé e lo sviluppo del sentimento sociale come istanza di aggregazione delle parti del Sé e come istanza di cooperazione ed appartenenza al mondo [30, 31, 81, 64, 65], anche in quanto vi è scarsa o mancante sintonizzazione da parte del caregiver, con il bisogno di tenerezza primaria, che è il precursore del sentimento sociale e di conseguenza dell'empatia e della reciprocità. L'impossibilità di integrare la componente sensoriale-corporea-emotiva dell'esperienza traumatica, in quanto soverchiante, blocca il processo di significazione dell'esperienza rendendo l'individuo incapace di organizzare una rappresentazione dell'esperienza di sé, a cui consegue pertanto una discontinuità nel Sé-Stile di Vita.

In termini adleriani si potrebbe dire che il sentimento sociale, in quanto istanza intrapsichica di aggregazione delle parti del sé, diventa l'oggetto principale di lavoro della psicoterapia degli individui precocemente traumatizzati. Pertanto per questi ultimi sembra di fondamentale importanza partire dal lavoro sui correlati sensoriali-corporei-emotivi, non integrati, presenti nel qui ed ora, connessi all'esperienza traumatica e successivamente procedere con l'utilizzo delle tecniche verbali rivolte a promuovere la significazione-simbolizzazione dell'esperienza e l'insight.

VII. *Cenni di Psicoterapia Sensomotoria*

La psicoterapia Sensomotoria è formulata negli anni '80 da PatOden [60], che ha fatto riferimento nell'attuazione del suo modello al metodo di RonKurtz e alla Mindfulness, quest'ultima è centrale in Psicoterapia Senomotoria e la sua funzione è quella di stabilizzare i sintomi, regolare le emozioni e soprattutto incrementare la metacogni-

zione [61]. La Mindfulness di per sé ha origine dalle tecniche di meditazione orientali ed è volta a promuovere l'attenzione all'esperienza di sé nel momento presente con un atteggiamento osservante non giudicante verso i contenuti mentali che si lasciano scorrere così come sono. Il compito fondamentale è quello di migliorare la capacità del paziente di autoregolare l'attivazione corporea esagerata causata dalla disregolazione emotiva traumatica ed evitare così che questa possa provocare l'inaccessibilità ad alcuni stati mentali problematici e quindi provocare difficoltà terapeutiche o interruzioni precoci del trattamento².

Nello specifico gli scopi principali della Psicoterapia Sensomotoria si possono sommariamente riassumere in: aiutare il paziente a regolare le funzioni neurovegetative alterate dallo sviluppo traumatico; modificare i sintomi somatoformi e le convinzioni negative sul corpo; raggiungere maggiore integrazione corpo-mente attraverso la modificazione degli schemi sensomotori e delle convinzioni patogene legate al corpo e ottenere un maggior senso di mastery attraverso il percorso bottom-up.

In particolare si utilizza la Mindfulness orientata³, al fine di cerca di aiutare il paziente a migliorare la sua conoscenza delle sensazioni fisiche legate al trauma, bloccando l'esperienza corporea negativa, per promuovere un senso di sicurezza e padronanza relativo al suo corpo; nello stesso tempo aiuta il paziente, attraverso tecniche specifiche, a regolare l'attivazione somatica causata dalle emozioni disregolate.

² Il terapeuta si concentra su postura, tensioni muscolari, movimenti ed esperienze corporee del paziente più che sui contenuti mentali, incoraggiandolo a sperimentare e riconoscere gli elementi di base delle sensazioni fisiche e ad associarle allo stato emotivo e ai pensieri del momento presente. Anche l'esercizio empatico del terapeuta è volto soprattutto all'esperienza corporea del paziente e alla sintonizzazione con i suoi stati somatici (56, p. 214).

Nella seconda fase della terapia il lavoro si concentra in particolar modo sulle reazioni motorie o posturali legate al trauma, aiutando il paziente a riconoscere in queste la ripetizione degli schemi motori indotti dal sistema di difesa; in tal modo il paziente imparerà ad accorgersi dell'attivazione di tale sistema, a riconoscerne le conseguenze comportamentali, cognitive e relazionali, potendo padroneggiarle al di fuori della seduta. Solo successivamente si potrà procedere con il lavoro terapeutico inerente gli stati interni legati ai timori dei legami affettivi, così da avviarsi ad una integrazione delle parti del Sè. In particolare ritengo importante specificare che è necessario avere una formazione in tale modello di psicoterapia per poter utilizzare le tecniche per un trattamento integrato del trauma psicologico; personalmente ho svolto e completato tale formazione con il SensorimotorPsychotherapyInstitute.

³ La mindfulness orientata precisamente corrisponde a prestare attenzione ad elementi particolari dell'esperienza interna che sono importanti in quel preciso momento terapeutico perché emersi nel momento del racconto del trauma; in particolare è usata per sostenere il processamento sensomotorio in modo che venga interrotto il ciclo disregolativo, così che la quantità ed intensità delle informazioni da elaborare sia tollerabile e gestibile.

La scelta che ho fatto di proporre un'integrazione di alcune delle tecniche della Psicoterapia Sensomotoria ha a che fare sinteticamente con tre motivazioni:

1. in quanto il solo parlare del trauma spesso riattiva la memoria implicita, senza risolverla, causando un'attivazione fisiologica ed emotiva disregolata, nonché difesa animali (attacco/fuga/freeze) [61], che impedisce la significazione dell'esperienza;
2. perché utilizza la mindfulness, che consente sia di orientare la consapevolezza verso l'organizzazione dell'esperienza interna sia la focalizzazione sull'esperienza presente con curiosità ed interesse, piuttosto che interpretarla o orientarla al cambiamento. La mindfulness è considerata il substrato della mentalizzazione, inoltre aumenta l'attivazione della regione prefrontale sinistra della corteccia, diminuisce la reattività e iperattività del Sistema Nervoso Simpatico, favorisce la non automatizzazione dei modelli abituali di pensare e sentire, la calma, la conoscenza di sé e l'accettazione di sé, riduce i livelli di glucocorticoide, il ritmo cardiaco e il consumo di ossigeno.
3. perché aiuta ad integrare le componenti sensoriali-corporee ed emotive durante la narrazione dell'esperienza traumatica, mantenendo il paziente sempre all'interno della finestra di tolleranza emotiva; in tal modo si rende possibile l'integrazione dell'esperienza.

VIII. *Trattamento articolato di psicoterapia psicodinamica adleriana e tecniche di psicoterapia sensomotoria*

“Al di là degli aspetti etici e deontologici, comunque, le ragioni che conducono alla selezione di un approccio integrato al trattamento delle sindromi traumatiche sono semplici: il trauma è una ferita che ha effetti sulla mente, sul corpo e sulle dinamiche interpersonali dell'individuo. Qualunque metodo che si concentri in forma esclusiva su uno di questi elementi, senza considerare l'intreccio olistico e le reciproche influenze, molto probabilmente è destinato a fallire” (20, p. 173).

Uno degli aspetti caratterizzanti i pazienti con traumi dell'attaccamento è la presenza di condizionamenti bottom-up e questa influenza rende parziale o addirittura nulla qualsiasi intervento top-down; di fondamentale importanza, pertanto, per non ritraumatizzare il paziente è un approccio per fasi [37, 43, 44]. L'approccio per fasi è stato proposto per la prima volta da Janet [85] e nello specifico indirizza i terapeuti a rimanere aperti ai tentativi di crescita, significato e scopo dei pazienti, e attenti a quando mostrano di essere pronti per affrontare i traumi; così come già Adler sosteneva dovesse essere la psicoterapia: un “vestito su misura”.

Essendo riconosciuto dalla letteratura scientifica l'approccio per fasi e la necessità di intervenire prima sui correlati sensoriali-corporei-emotivi, si propone in questa sede l'integrazione delle tecniche di psicoterapia sensomotoria in quanto fondate sull'uso

della mindfulness e pertanto capaci di inserirsi adeguatamente nel modello adleriano, che ha tra i suoi principi guida del trattamento quello dell'incoraggiamento e della presenza attiva del terapeuta.

La psicoterapia per Adler rappresenta un nuovo "legame d'attaccamento" sicuro. Per Adler il terapeuta deve "Comprendere", cioè "avvicinarsi ai propri simili, identificandosi con loro. Comprendere significa formarsi di un uomo o di un avvenimento il concetto che prevediamo se ne formeranno gli altri in modo da accedere a ciò che i nostri pazienti non possono tradurre in parole dobbiamo sintonizzarci con la nostra esperienza soggettiva [35].

Lo sforzo maggiore per questi pazienti traumatizzati cronicamente in età infantile e/o durante l'attaccamento è quello di riconoscere, tollerare ed etichettare gli stati somatici in modo che le sensazioni corporee possano essere collegate alle emozioni e le emozioni con le situazioni che le hanno provocate. Il terapeuta pertanto deve essere allenato a riconoscere ed osservare ogni minimo segnale di malessere in risposta alle tecniche usate o alla relazione terapeutica, notando gli impulsi del paziente ad avvicinarsi, allontanarsi, ritirarsi, ripiegarsi, ecc... [12]. In questo modo il terapeuta svolge un'efficace regolazione interattiva psicobiologica.

Una focalizzazione diretta sui processi emotivi all'inizio, per i motivi descritti in precedenza, può esacerbare la disregolazione e/o rinforzare gli schemi emotivi maladattivi. Pertanto gli affetti potrebbero essere meglio regolati attraverso una focalizzazione su interventi di processamento bottom-up o sensomotori, che mettono alla prova queste tendenze, promuovono la stabilizzazione e preparano la strada per future modalità di elaborazione dell'emozioni. Per scoprire e modificare le tendenze procedurali il terapeuta si interessa non solo alla narrazione ma all'osservazione dell'emergere di queste tendenze nel qui ed ora della seduta, così i pazienti imparano ad osservarle insieme al terapeuta.

Se si tratta di traumi dell'attaccamento, è necessario utilizzare la mindfulness orientata al lavoro con le tendenze procedurali, per intensificare e approfondire i processi emotivi; mentre nel caso di trauma focale si procede con un lavoro sulla finestra di tolleranza affettiva, in quanto l'attivazione emotiva e fisiologica del paziente mette a dura prova la sua capacità integrativa. Spesso è necessario usare alternativamente entrambe le modalità sinteticamente descritte perché il paziente con trauma precoce dell'attaccamento non si senta in balia del condizionamento bottom-up, che rende inefficace qualsiasi intervento top-down.

Tale modalità è fondamentale perché i pazienti, con traumi dell'attaccamento, presentano un deficit nella regolazione delle emozioni e la narrazione dell'esperienza può comportare un elevato grado di disregolazione emotiva, che comporta enorme difficoltà o addirittura impossibilità di accedere al pensiero e alla significazione dell'esperienza di sé. Ampliare la finestra di tolleranza delle emozioni significa, anche, permettere al paziente di tollerare uno spettro più ampio di tonalità emotive così che possa

sperimentare una sensazione di quiete e sicurezza più frequentemente. Alcune volte la disregolazione dell'arousal è così elevata durante il racconto dell'esperienza che si rende necessario dirottare l'attenzione del paziente verso l'ambiente esterno in cui si trova, nel qui ed ora, per stimolare le risposte di orientamento, al fine di ripristinare un sufficiente senso di agency e il paziente possa proseguire nel racconto. Inoltre nel trattamento articolato si usano tecniche volte a definire, identificare e difendere i confini corporei al fine di ripristinare il senso di sicurezza, il grounding e si lavora sull'autocontenimento attraverso la focalizzazione del paziente su sensazioni fisiche unitamente al processamento duale.

Con processamento duale si intende una modalità di intervento che prevede l'utilizzo della mindfulness come attivazione di uno stato mentale sia nel terapeuta sia nel paziente di osservazione non giudicante, di uno stato di piena consapevolezza mentale che aiuta a riconoscere le componenti procedurale, percettiva) ed emotiva [60] codificate nella memoria somatica. In termini adleriani è importante per la ricostruzione del sentimento sociale e quindi per l'integrazione delle parti del sé, perché è un "essere con" del terapeuta che incontra il deficit del paziente con un atteggiamento incoraggiante di accettazione e un'attenzione diretta al qui ed ora che riattiva quella componente del sé, detta sé creativo, che come diceva Adler per costruirlo occorre esprimere le proprie potenzialità creative attraverso l'azione.

In ultimo, ma non meno importante, vi è l'utilizzo della psicoeducazione inerente il PTSD, in modo che il paziente possa iniziare a riconoscere i segnali della traumatizzazione e a sperimentare un minor sentimento di vergogna. Questi sono solo alcuni esempi di tecniche utilizzate per la stabilizzazione del paziente con trauma dell'attaccamento che si adottano tipicamente nella prima fase del trattamento.

In seguito alla fase di stabilizzazione (che può corrispondere ad un momento della seduta o ad periodo lungo del trattamento) si può ritornare alla narrativa agevolando il paziente nel connettere quanto emerso dal sequenziamento dell'arousal e dal processamento duale con il punto esatto in cui era stata interrotta la narrazione del trauma. Questo procedimento consente al paziente di ricordare l'esperienza di sé come dolorosa e di smettere di riesperirla, permettendogli di creare nella mente una rappresentazione di sé in quell'esperienza, senza che il senso di sé percepito nel qui ed ora corrisponda totalmente all'esperienza. A questo punto si apre la strada per la mentalizzazione dell'esperienza traumatica e al lavoro di ricerca ed interpretazione del significato simbolico, appannaggio della APP.

IX. Conclusioni

Nel trattamento psicoterapeutico per pazienti con traumi psicologici occorre concentrare l'attenzione inizialmente sulla dimensione non verbale della relazione terapeutica che si esprime attraverso ciò che è stato sentito, percepito fatto, più che detto [88,

60, 73]. Il lavoro terapeutico sugli affetti basati sul corpo sembra essere essenziale. "... diventa centrale la mindfulness, che permette di contattare intimamente i vissuti corporei e conmetterli alla propria esperienza del mondo e delle relazioni.Allora la mindfulness può essere un importante supporto terapeutico, in quanto pratica di integrazione tra corpo, vissuto e rappresentazione, con importanti ricadute sulla consapevolezza e sull'intenzionalità individuale" (20, p. 180).

Le esperienze traumatiche precoci producono a livello psicologico un'interruzione nella continuità del sé in quanto vengono invalidati gli schemi di significato che ci permettono di organizzare l'esperienza di "chi si è" [16]. Il trauma evolutivo, in quanto connesso all'attaccamento, è organizzato sul piano procedurale e non simbolico, perciò si configura come degli stati prementali di natura somatica ed emotiva non pensabili e quindi inaccessibili all'elaborazione secondaria [19, 20]. La proposta di integrazione delle tecniche della Psicoterapia Sensomotoria nella APP è volta ad approfondire gli aspetti procedurali impliciti perché possano diventare fonte di nuove consapevolezze ed aprano la strada alla ricerca di significato dei propri comportamenti "automatici", in modo che la psicoterapia sia il più possibile "un abito su misura".

In tal senso integrare le tecniche derivanti dalla teoria della Tecnica del modello di Psicoterapia Sensomotoria sembra agevolare la mentalizzazione del trauma. Questa modalità svolge le funzioni di presa di contatto con i nuclei traumatici intrapsichici scissi e di recupero delle inerenti emozioni congelate nel corpo, portando ad una risoluzione adattiva – compensazione adeguata - delle immagini negative, dei pensieri, delle sensazioni e delle emozioni inerenti il nucleo traumatico.

L'interpretazione psicodinamica del significato simbolico del contenuto emerso è invece compito e obiettivo della psicoterapia psicodinamica, in quanto psicologia del profondo. In termini Individualpsicologici l'integrazione di tali tecniche con la psicoterapia psicodinamica adleriana può assumere il significato della costruzione di un processo creativo di nuova sintesi nell'individuo inteso come unità bio-psico-socio-culturale.

Dal punto di vista neurobiologico la psicoterapia psicodinamica è volta ad ampliare la sfera di controllo dei lobi pre-frontali sulle strutture sotto-corticali, in modo da accrescere la capacità di mentalizzazione. Durante le sedute, in cui vengono integrate le tecniche esposte, vengono attivate contemporaneamente le aree del linguaggio e i circuiti limbici e ciò promuove il processo di integrazione tra i domini impliciti ed espliciti della memoria e della coscienza.

Tali tecniche fondate sulla mindfulness sembrano sostenere lo sviluppo del Sentimento Sociale in senso intrapsichico e relazionale: in senso intrapsichico agevolando l'integrazione delle parti del sé scisse/o dissociate a causa dell'esperienza traumatica; in senso relazionale agevolando lo sviluppo del senso di appartenenza, cooperazione e dell'empatia.

L'integrazione delle tecniche "sensomotorie" nella APP, per il trattamento del trauma psicologico, consentirebbe di modulare lo stile terapeutico secondo lo stile di attaccamento dell'individuo permettendo l'attivazione della mentalizzazione in un "processo bidirezionale gestaltico in cui la capacità riflessiva di paziente e terapeuta si influenzano reciprocamente" (65, p. 33).

Dal punto di vista specifico la proposta che vi presento di integrazione di tecniche che privilegiano la regolazione e il processamento di esperienze sensomotorie con la Psicoterapia Psicodinamica Adleriana è volta a consentire l'esplorazione da parte della diade terapeutica delle tendenze fisiche ed emotive apprese proceduralmente nell'infanzia, così da aprire la strada ad una significazione anche sul piano simbolico e rappresentazionale che possa essere integrata nel Sè-Stile di Vita.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e Teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
2. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*, Newton Compton, Roma 1975.
3. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il Senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
4. AMARAL, D. G., PRICE, J. L., PITKANEN, A., CARMICHAEL, T. (1992), Anatomical organization of the primate amygdaloid complex, in AGGLETON, J., *The amygdala: Neurobiological aspects emotions, memory and mental dysfunction*, Wiley-Liss, New York.
5. ANSERMET, F., MAGISTRETTI, P. (2004), *A ciascuno il suo cervello. Plasticità neuronale e inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.
6. ALLEN, J. G. (1995), *Coping with trauma: A guide to self-understanding*, American Psychiatric Association, Arlington, VA, US.
7. ALLEN, J. G., FONAGY, P., BATEMAN, A. W. (2008), *Mentalizing in clinical practice*, American Psychiatric Publishing Inc., Arlington, VA, US.
8. AXEROLD, J., REISINE, T. (1984), Stress hormones: Their interaction and regulation, *Science*, 224: 452-459.
9. BEEBE, B. (2006), Co-constructing mother-infant distress in face to face interactions: Contributions of microanalysis, *Infant Observation*, 9: 151-164.
10. BEEBE, B. (2004), Symposium on intersubjectivity in infant research and its implication for adult treatment, Part II, *Psychoanalytic Dialogues*, 14,1: 1-52.

11. BIONDI, M. (2002), Disturbi dell'adattamento, disturbo acuto da stress e disturbo Post-traumatico da Stress in CASSANO, G. B. et al., *Trattato italiano di Psichiatria II* ed., elettronica, Masson, Milano 2002.
12. BOON, S., STEELE, K., VAN DER HART, O. (2011), *Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists*, tr. it. TAGLIAVINI, G., GIOVANNOZZI, G. (a cura di), *La dissociazione traumatica. Comprenderla e affrontarla*, Mimesis, Milano 2013.
13. BREMNER, J. D. (2002), *Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective*, W. W. Norton, New York.
14. BROMBERG, P. M. (1998), *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the space*, Raffaello Cortina, Milano.
15. BROMBERG, P. M. (2006), *Destare il sognatore. Percorsi clinici*, Raffaello Cortina, Milano.
16. BROMBERG, P. M. (2013), Prefazione, in CARETTI, V., CAPRARO, G., SCHIMENTI, A. (2013), *Memorie traumatiche e mentalizzazione*, Astrolabio, Roma.
17. BROMBERG, P. M. (2013), Prefazione, in CARETTI, V., CAPRARO, G., SCHIMENTI, A., (2013), *Memorie traumatiche e mentalizzazione*, Astrolabio, Roma: 11.
18. CARLSON, E. B., DALEBERG, C. J. (2000), A Conceptual Framework for the Impact of Traumatic Experience, *Trauma, Violence & Abuse*, 1: 4-28.
19. CARRETTI, V., CAPRARO, G. (a cura di, 2008), *Trauma e Psicopatologia. Un approccio evolutivo-relazionale*, Astrolabio, Roma.
20. CARETTI, V., CAPRARO, G., SCHIMENTI, A., (2013), *Memorie traumatiche e mentalizzazione*, Astrolabio, Roma.
21. CASSANO, G. D., PANCHERI, P., PAVAN, L., PAZZAGLI, A., RAVIZZA, L., ROSSI, R., SMERALDI, E., VOLTERRA, V. (2002), *Trattato italiano di Psichiatria II*, ed. elettronica, Masson, Milano.
22. CHUGANI, H. T., BEHEN, M. E., MUZIK, O., JUHASZ, C., NAGY, F., CHUGANI, D. C. (2001), Local brainfunctional activity following early deprivation: a study of post institutionalized Romanian orphans, *NeuroImage*, 14: 1290-1301.
23. CICCETTI, D., ROGOSCH, F. A. (2001), Diverse Patterns of neuroendocrine activity in maltreated children, *Dev. Psychopathol.*, 13: 677-693.
24. CLOITRE, M., COURTOIS, A., CHARUVAstra, A., STOLBACH, B. C., GREEN, B. L. (2011), Treatment of complex PTSD: Results of ISTSS expert clinician survey on best practice, *J. Trauma. Stress*, 24 (6): 615-627.
25. DAMASIO, A. (1994), *Descartes' error: emotion, reason, and the human brain*, tr. it. *L'errore di Cartesio: emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi, Milano 1995.
26. DAMASIO, A. (1999), *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*, tr. it. *Emozione e coscienza*, Adelphi, Milano 2000.
27. DAMASIO, A. (2003), *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain*, tr. it. *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*, Adelphi, Milano.
28. DANIELE, M. T., MANNA, V., PINTO, M. (a cura di, 2014), *Stress, Trauma e Neuroplasticità. La psicotraumatologia tra neuroscienze e psicoterapia*, Alpes Italia srl, Roma.

29. DORPAT, T. L. (2001), Primary process communication, *Psychoanal Inq.*, 3: 448-463.
30. FASSINO, S. (1985), A proposito del Sentimento Sociale quale struttura per la comunicazione intrapsichica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 22-23: 30-42.
31. FASSINO, S. (1986), Per una teoria Individualpsicologica delle relazioni endopsichiche: il sentimento sociale e il dialogo interiore, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 38-58.
32. FERRERO, A. (2004), Moduli di legame e qualità della relazione terapeutica, in: ROVERA, G. G., et al. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, Centro Scientifico Editore, Torino.
33. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamico Adleriana (APP): un trattamento possibile nei Dipartimenti di Salute Mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
34. FERRERO, A. (2016), Il caso di Margherita come esempio clinico di trattamento secondo la AdlerianPsychodynamicPsychotherapy (APP), *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 45-59.
35. FERRIGNO, G. (2005), "Intersoggettività e potere in psicoterapia", *XXIII IAIP Congress of International Association of Individual Psychology*, Torino.
36. FONAGY, P., GERGELY, C., JURIST, E. L., TARGET, M. (2002), *Affect regulation, mentalization and the development of the self*, tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
37. FORDJ, D., COURTOIS, A., STEELEK, VAN DER HARTO, NIJENHUIS, E. R. S. (2005), Treatment of Complex Posttraumatic Self-Dysregulation, *J. Trauma. Stress*, 18,5: 437-447.
38. FOSHA, D. (2000), *The transforming power of affect: A model for accelerated change*, Basic Book, New York.
39. FOSHA, D., SIEGEL, D. J., SOLOMON, M. F. (2009), *The Healing Power of Motion. Affective, Neuroscience, Development & Clinica Practice*, tr. it. *Attraversare le emozioni*, Vol.I, Mimesis, Milano 2011.
40. GIANNANTONIO, M. (2009), *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*, Centro Scientifico Editore, Torino.
41. GLEASON, M. M., FOX, N. A., DRURY, S. S. et al. (2014), Indiscriminate Behaviours in Previously Institutionalized Young Children, *Pediatrics*: 133: 657-665.
42. GRIGSBY, J., STEVENS, D. (2000), *Neurodynamics of personality*, Guilford Press, New York-London.
43. HERMAN, J. L. (1997), *Trauma and recovery*, Basic Books, New York.
44. HERMAN, J. L. (2012), CPTSD is a distinct entity: Comment on Resick et al., *J. Trauma. Stress*, 25 (3): 256-257.
45. HOROWITZ, M. J., WEISS, D. S., MARMAR, C. R. (1987), Diagnosis of Post-Traumatic Stress Disorder, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 175: 267-268.
46. HOROWITZ, M. J. (1998), *Cognitive Psychodynamics: from conflict to character*, Wiley, New York.
47. JANET, P. (1889), *L'Automatisme Psychologique*, tr. it. *L'automatismo psicologico*, ORTU, F. (a cura di), Raffaello Cortina, Milano 2013.
48. KRYSTAL, J. H. (1998), *Integration and self-healing: affect, trauma, alexithimia*, Analitic press, Hillsday, N. J.

49. KRYSAL, J. H., BREMMER, J. D., SOUTHWICK, S. M., CHARNEY, D. S. (1998), The Emerging Neurobiology of Dissociation: Implication for Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, in Brenner, J. D., Marmar, C., *Trauma, Memory and dissociation* American Psychiatric Press, Washington, 1998: 321-365.
50. LANIUS, R. A., JACOBOWITZ, D. (1999), La disorganizzazione dell'attaccamento. Perdite non elaborate, violenza relazionale e cadute nelle strategie comportamentali e attentive, in CASSIDY, J., SHAVER P. R. (a cura di), tr. it. *Manuale dell'attaccamento: teoria, ricerca e applicazioni cliniche*, Fioriti, Roma 2002.
51. LANIUS, R. A., WILLIAMSON, P. C., BLUHM, R. L., DENSMORE, M., BOKSMAN, K., NEUFELD, R. W. J., et al. (2005), Functional connectivity of dissociative responses in posttraumatic stress disorder: A functional magnetic resonance imaging investigation, *Biol. Psychiatry*, 57(8): 873-884.
52. LANIUS, R. A., VERMETTEN, E., LOEWENSTEIN, R. J., BRAND, B., SCHMAHL, C., BREMNER, J. D., SPIEGEL, D. (2010), Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype, *Am. J. Psychiatry*, 167(6): 640-647.
53. LEDOUX, J. (1996), *The Emotional Brain: The mysterious underpinnings of emotional life*, tr. it. *Il Cervello Emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini e Castoldi, Milano 1998.
54. LEVIN, P., LAZROVE, S., VAN DER KOLK, B. (1999), What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing, *J. Anxiety Disord.*, 13(1-2): 159-172.
55. LEYS, R. (2000), *Trauma. A Genealogy*, University of Chicago Press, Chicago.
56. LIOTTI, G., FARINA, B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
57. MEAD, H. K., BAUCHAINE, T. P., SHANNON, K. E. (2010), Neurobiological adaptations to violence across development, *Dev. Psychopathol.*, 22:1-22.
58. MEANEY, M. J. (2001), Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations, *Annu. Rev. Neurosci.*, 24: 1161-1192.
59. MUNDO, E. (2009), *Neuroscienze per la psicologia clinica. Le basi del dialogo mente-cervello*, Raffaello Cortina, Milano.
60. OGDEN, P., MINTON, K., PAIN, C. (2006), *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*, tr. it. *Il Trauma e il corpo. Manuale di Psicoterapia Sensomotoria*, Istituto di Scienze Cognitive, Sassari 2012.
61. OGDEN, P., FISHER, J. (2016), *Psicoterapia Sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*, Raffaello Cortina, Milano.
62. PALLY, R. (1998), Emotional processing: The mind-body connection, *Int. J. Psychoanal.*, 79: 349-62.
63. PERRY, B. D. (1997), Incubate in terror: Neurodevelopment factors in the cycle of violence, in OSOFSKY, J. D. (a cura di), *Children in a violent society*, Guilford Press, New York.

64. ROVERA, G.G. (2015), Patient-Therapist Matching. Il P.T.M. nei trattamenti adleriani, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 3-18.
65. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-85.
66. SAAKVITNE, K. W., GAMBLE, S., PEARLMAN, L. A., LEV, B. T. (2000), *Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse*, The Sidran Press, Baltimore.
67. SATO, W., AOKI, S. (2006), Right hemisphere dominance in processing unconscious emotion, *Brain Cogn.*, 62: 261-266.
68. SCHACTER, D. L., KOUSTAAL, W., KEENETH, N. A. (1999), Can cognitive neuro- science illuminate the nature of traumatic childhood memories? In WILLIAMS, L. M., BANYARD, V., *Trauma and Memory*, Sage, London: 257-269.
69. SIEGEL, D. J. (1999), *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*, tr. it. *La menterelazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 1999.
70. SIEGEL, D. J. (2003), An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma, in SOLOMON, M., SIEGEL, D. J. (Eds.), *Healing Trauma: Attachment, Mind, Body, and Brain*, W.W. Norton & Company, New York: 1-56.
71. SIEGEL, D. J., SIEGEL, A. W., AMIEL, J. B. (2006), Mind, Brain and behavior, in WEDDING, D., STUBER, M. D. (Eds.), *Behavior and Medicine* (4th ed.), Hogfre & Huber, Cambridge: 3-22.
72. SCHORE, A.N. (1994), *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*, Norton, New York.
73. SCHORE, A. (2003), *Affect Dysregulation and Disorders of the Self.*, Norton, New York.
74. SCHORE, A. (2008), Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment, *Clin. Soc. Work J.*, 36: 9-20.
75. SCHORE, A. N. (2009a), cit. in CARETTI, V., CAPRARO, G., SCHIMENTI, A. (2013), *Memorie traumatiche e mentalizzazione*, Astrolabio, Roma.
76. SCHORE, A. N. (2009b), Right brain affect regulation: An essential mechanism of development, trauma, dissociation, and psychotherapy, in FOSHA, D., SIEGEL, D., SOLOMON, M. (Eds.), *The Healing power of emotion: Affective neuroscience, development, clinical practice*, Norton, New York: 112-144.
77. SCHORE, A. N. (2009), Attachment trauma and the developing right brain: origins of pathological Dissociation, in DELL, P. F., O'NEILL, J. A. (a cura di), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, Rutledge, New York.
78. SCHORE, A. N. (2009), La disregolazione dell'emisfero destro. Attaccamento traumatico e psicopatogenesi del disturbo post-traumatico da stress, in WILLIAMS, R. (Ed.), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina Editore, Milano: 89-136.
79. SCHORE, A., et al. (2011), Affects of trauma-related cues on pain processing in posttraumatic stress disorder: an fMRI investigation, *J. Psychiatry Neurosci.*, 36: 6-14.

80. SCHORE, A. N. (2016), The right brain implicit self: A central mechanism of psychotherapy change process, in SCHORE, A. N., *Unpressed unconscious, implicit memory and clinical work*, Karnac, London.
81. SHULMAN, B. H, MOSAK, H. H. (1988), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello Stile di Vita*, Franco Angeli, Milano 2008.
82. STERN, D. N., SANDER L., NAHUM, J. P., HARRISON, A. M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C. et al. (1998), Non-interpretative mechanism in psychoanalytic therapy, *Int. J. Psychoanal.*, 79: 903-921.
83. TAYLOR, G. J., BAGBY, R. M., PARKER, J. D. A. (1999), *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*, tr. it. *I disturbi della regolazione affettiva*, Fioriti, Roma 2000.
84. THEORET, H., KOBAYASHI, M., MERABET, L., WAGNER, T., TORMOS, J. M., PASCUAL-LEONE, A. (2004), Modulation of right motor cortex excitability without awareness following presentation of masked self-images, *Cognit. Brain Res.*, 20: 54-57.
85. VAN DER HARTO, BROWN, P., VANDERKOLKB, A. (1989), Pierre Janet's Treatment of Post-traumatic Stress, *J. Trauma. Stress*, Vol. 2,4: 1-11.
86. VAN DER KOLK, B. A., McFARLANE, A. C. (2005), *Il buco nero del trauma*, in VAN DER KOLK, B. A., McFARLANE, A. C., WEISAETH L. (a cura di), *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Magini Edizioni, Roma: 19-38.
87. VAN DER KOLK, B. A. (1996), The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus, discrimination, and characterological development, in VAN DER KOLK B. A., McFARLANE, A. C., WEISAETH, L. (a cura di), *Traumatic Stress: The effect of overwhelming experience on mind, body and society*, Guilford Press, New York.
88. VAN DER KOLK, B. A. (2014), *The Body keeps the Score*, Penguin Random House Company, tr. it. *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
89. WALLIN, D. J. (2007), *Attachment in Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia e Teoria dell'Attaccamento*, Il Mulino, Bologna 2009.

Elisabetta Cairo
Via Ventimiglia 41
I-10126 Torino
Email: cairoelisabetta@hotmail.com

Trauma, connessione e recupero

ANTHEA MILLAR

MILLAR, A. (2017), Trauma, Connection and Recovery, in *Adlerian Year Book 2017. A Collection of Topical Essays*, Adlerian Society UK and Institute for Individual Psychology, Chippenham, UK.

Summary (from P. Prina, C. Shelley, K. John, A. Millar: Editorial of Adlerian Year Book 2017) – TRAUMA, CONNECTION AND RECOVERY. Although this article explores a very challenging issue, it has an optimistic focus, emphasising Adler's premise that our movement in life is toward connection, health and aliveness. Whilst not ignoring a person's past, this paper identifies how therapeutic input, with a special focus on dual attention, can support the person to reconnect positively and constructively with others, with themselves and their body, honouring and connecting with their strengths, capacities, resources and resilience – all crucial factors for recovery.

Keywords: TRAUMA, RELAZIONE TERAPEUTICA, CONNESSIONE, RECUPERO

Cosa c'è al cuore del fatto di essere delle persone umane? Alfred Adler rispose a questa domanda più di 100 anni fa, ponendo grande rilievo sul fatto che siamo inseriti in un contesto sociale, e sul nostro bisogno di interconnessione e di appartenenza [1]. Il movimento spontaneo che c'è in tutti noi va in direzione del legame, della salute e della vitalità. Non importa in che modo si finisce per diventare appartati e isolati o quale trauma si sia vissuto, per quanto sia stato serio: nel più profondo di noi stessi, tentiamo di muoverci verso la connessione e la guarigione.

Sebbene questo articolo intenda esplorare l'impatto del trauma, è incentrato fondamentalmente su come si ristabiliscono le connessioni, e ha una centratura ottimistica. Pur non ignorando il passato dell'individuo, viene posta un'enfasi particolare su come la terapia possa contribuire ad aiutarlo a riconnettersi in modo positivo e costruttivo con le altre persone, con se stesso e con il proprio corpo, favorendo il riconoscimento e l'integrazione delle sue forze, delle sue capacità, delle sue risorse e della sua resilienza, che sono tutti fattori cruciali per il recupero.

Adler ha sottolineato come tutte le problematiche umane sono di base delle problematiche sociali, dal momento che individuo e società sono inestricabilmente connessi [7]. In questo senso, molte ricerche nell'ambito delle neuroscienze degli ultimi due decenni hanno offerto prove chiare del radicamento sociale della persona, come era stato concepito da Adler, e della natura del cervello come organo sociale. Questi aspetti sono esemplificati bene dalla scoperta dei neuroni o sistemi a specchio [8, 13, 19].

La Psicologia Individuale assume il punto di vista ottimistico che la potenzialità del sentimento sociale (*Gemeinschaftsgefühl*) è dentro di noi e costituisce il fondamento della salute mentale, da cui dipende il fatto di poter sperimentare un senso di appartenenza e di parità sociale e dall'esperienza di trovare dei modi per contribuire utilmente alla comunità nella sua accezione più ampia.

Tutti i bambini hanno bisogno di sentirsi in connessione con se stessi e con chi si cura di loro; hanno bisogno, inoltre, di sentire che gli altri sono in sintonia con le loro necessità e di sentirsi al sicuro sia quando dipendono, sia quando sono indipendenti. Secondo Adler, gli elementi su cui si basa il soddisfacimento dei compiti vitali nella vita successiva sono costituiti dal trovare un'occupazione soddisfacente, dal provare un senso di appartenenza con gli amici e fornire dei contributi alla comunità, dal costruire la propria intimità e, in definitiva, da un legame positivo con se stessi e con tutto il mondo.

Questo funzionamento interdipendente essenziale per il benessere è stato ben individuato dal modello della neurobiologia interpersonale di Daniel Siegel [23], che ha creato il neologismo "Mwe" che combina insieme "Me" e "We". La sua proposta è che, per stare bene, bisogna essere insieme un "Io" e la parte di un "Noi", facendo eco, in questo senso, alla concezione della salute mentale espressa da Adler quasi 100 anni prima.

Le ricerche sullo sviluppo cerebrale nell'infanzia e durante la vita uterina hanno anche rivelato correlazioni significative tra le percezioni di un positivo senso di appartenenza in età infantile ed una maggiore capacità di affrontare lo stress nella vita successiva [14, 21, 22]. Bonanno e Mancini hanno notato che la resilienza è una componente fondamentale delle normali capacità di far fronte agli eventi e che i fattori chiave che rendono capaci di ridurre lo stress post-traumatico, sia nei bambini che negli adulti, hanno a che fare con le esperienze soggettive di appartenenza dell'individuo, con il sostegno relazionale e con le risorse della comunità [5].

I. *Cos'è il trauma psichico?*

Il trauma può essere definito come un evento che travolge il Sistema Nervoso Centrale e modifica le modalità con cui viene ricordato e la reazione a qualcosa che lo richiama. Le molteplici dimensioni dell'impatto degli eventi traumatici sono state colte efficacemente dalla Herman quando scrive che "...essi soverchiano i sistemi ordinari di cura

che ordinariamente forniscono alle persone un senso di connessione, di controllo e di significato” (11, p. 33).

In modo simile, gli adleriani O’Connell e Hooker identificano le persone diagnosticate come Disturbo Post-Traumatico da Stress come caratterizzate “dall’essersi trovate di fronte ad esperienze che hanno distrutto il senso della loro identità personale, del loro valore e della loro appartenenza” (17, p. 180).

Queste definizioni risuonano nelle esperienze riportate da due pazienti, Steve (trauma da evento singolo) e Alicia (trauma evolutivo), come segue:

Steve, un cassiere di banca che si riprese con successo da una rapina armata, descrisse così il suo vissuto precoce dopo il trauma: “Dapprima mi sono sentito come se il mio mondo si fosse frantumato in mille pezzi. Niente sembrava avere senso e inoltre, nonostante la mia famiglia mi fosse vicino, mi sentivo completamente isolato”.

Alicia, dall’età di 12 anni, quando venne inserita in residenzialità in seguito a gravi abusi fisici, emotivi e sessuali, sviluppò una sua logica privata in questo modo: “Io esisto per essere usata”; “Io non ho diritti, ho solo doveri”; “Non ho il permesso di dire no a nulla”; “Gli altri hanno tutto il potere”.

La connessione è vitale di per sé. Steve e Alicia ci offrono due vividi esempi di risposta all’esperienza di trovarsi di fronte a serie minacce nei confronti delle capacità vitali di reazione e dell’integrità fisica e psichica. In termini Adleriani, l’impatto di un grave trauma può essere concepito come un’esperienza estrema dell’inferiorità, in base a cui si cerca di mantenere il benessere attraverso “espedienti rafforzati di salvaguardia” (4, p. 263).

Nel mio lavoro di psicoterapeuta, l’approccio di Adler mi ha indirizzato a comprendere in modo più completo come i sintomi fisici e psichici dei miei pazienti affetti da Disturbo Post-Traumatico da Stress fossero in larga misura correlati a meccanismi di salvaguardia rispetto a ciò che temevano di peggio: sentimenti estremi di inferiorità e dissoluzione dell’appartenenza.

In base all’insieme dei criteri del Diagnostic and Statistical Manual della American Psychiatric Association – 5° Edizione (DSM 5) [3], si può fare diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress quando il soggetto, in seguito ad uno o più eventi traumatici identificabili, presenta a lungo termine una persistente iperattivazione dello stato di allarme e una ripetuta sperimentazione del vissuto, accompagnati da iperevitamento e possibile dissociazione.

Questa diagnosi basata sui sintomi è stata contestata da molti, inclusa la British Psychological Society [9] e dal noto traumatologo Bessel Van Der Kolk [25], che fa notare come il DSM 5 trascura sia le conseguenze sociali, sia la distorsione del rapporto con se stessi, con l’ambiente e il proprio corpo che derivano dalla presenza di traumi importanti.

Van Der Kolk puntualizza inoltre ulteriori omissioni cruciali nei criteri del DSM 5, in quanto largamente focalizzati su singoli eventi traumatici, senza differenziarli adeguatamente dall'occorrenza di esperienze avverse nelle fasi precoci dello sviluppo, e propone un'ulteriore categoria diagnostica, il Disturbo da Trauma dello Sviluppo [25]. Nel caso di precoci traumi prolungati, come abusi emotivi, fisici e sessuali, il Disturbo da Trauma dello Sviluppo include una disregolazione profondamente radicata dei meccanismi fisiologici dell'espressività delle emozioni, dell'attenzione e degli atteggiamenti, ed una menomazione molto significativa della sensazione di essere connessi con se stessi e con gli altri.

I bambini che hanno sperimentato eventi avversi protratti nell'infanzia o nell'adolescenza e che agiscono il loro disagio possono essere poi diagnosticati con etichette del tipo Disturbo Provocatorio Oppositivo, Disturbo dell'Attaccamento, o Disturbo della Condotta. Successivamente, in età adulta, le diagnosi di Disturbo di Personalità possono essere applicate più liberamente ed una di quelle di più frequente riscontro è quella di Disturbo Borderline di Personalità. In uno dei primi loro importanti studi, Herman, Perry e Van Der Kolk misero in evidenza come l'81% dei soggetti ospedalizzati diagnosticati come Disturbo Borderline di Personalità presentassero una storia di gravi abusi o trascuratezze in età infantile [12].

Oltre ai danni legati al fatto di attribuire ad una persona dei rigidi tratti caratteriali, le etichette diagnostiche che si basano sulla sintomatologia non tengono conto di ciò che gli atteggiamenti delle persone si propongono. L'approccio Adleriano offre una cornice di riferimento per comprendere come molti disturbi del comportamento derivino propriamente dal tentativo dell'individuo di difendersi da esperienze di disconnessione e di frammentazione, e come la rabbia, così come il ritiro, siano aspetti di un ventaglio complessivo di tentativi disperati di compensare il vissuto in atto di non trovare un posto per sé.

Mark, che ha 15 anni, è stato adottato a 9 anni dopo essere stato allontanato dai suoi genitori, alcolisti violenti. La madre adottiva morì di tumore quando egli aveva 11 anni, ed il padre adottivo, colpito dal lutto, non fu in grado di gestire il suo comportamento marcatamente aggressivo, con il risultato che si susseguirono numerosi inserimenti residenziali temporanei di vario tipo. Ingerì colla ed alcolici e venne ricoverato in seguito a ripetuti tentativi di suicidio. Chi stava vicino a Mark lo descriveva come aggressivo, isolato e vendicativo. In base ad un assessment psicologico strutturato, fu diagnosticato come Disturbo Esplosivo Intermittente, Disturbo Reattivo dell'Attaccamento, Disturbo da Deficit dell'Attenzione e Disturbo da Abuso di Sostanze.

Ma cosa ci dicono, in realtà, queste etichette diagnostiche su come Mark vive se stesso? Come ci aiutano a percepire quali sono i suoi specifici tentativi di trovare il suo posto? Possiamo lavorare in modo utile con chi ha vissuto traumi estremi e prolungati solo se andiamo al di là di etichette riduttive e della medicalizzazione e vediamo la

persona nella sua interezza, cogliendo il tentativo di auto proteggersi nella natura del comportamento.

A partire da questa comprensione, si possono aiutare pazienti a trovare un modo per sentirsi anch'essi connessi con il mondo come esseri umani significativi, identificando le loro qualità ed i loro punti di forza peculiari.

II. *Olismo: connessione tra mente e corpo*

I bisogni di sicurezza e di connessione sono fondamentalmente e profondamente basati sul nostro funzionamento corporeo, come l'approccio olistico di Adler aveva già riconosciuto: "L'individuo è 'indivisibile' e va compreso in modo olistico, dal momento che tutti gli aspetti biologici, psicologici e sociali di una persona sono dinamicamente e sistematicamente interconnessi. Dal primo giorno di vita senza interruzione fino alla fine della stessa, questo insieme rivolto alla crescita e allo sviluppo continua... corpo e mente cooperano come parti indivisibili di un tutto" (2, p. 27).

Un altro importante aspetto di questo approccio olistico si può scorgere nell'uso da parte di Adler del termine "gergo degli organi". Nel testo di un seminario intitolato "Manifestazioni fisiche dei disturbi psichici", Adler esprime il punto di vista che gli individui si esprimano attraverso i loro sistemi organici (endocrino, cardiovascolare, muscolo-scheletrico e nervoso), ove ogni organo ha la capacità di esprimere emozioni e sintomi fisici [1]. Il caso che segue ne offre un esempio.

Tod, 62 anni di età, mi fu inviato dal suo medico per un'importante sintomatologia dolorosa articolare e alla schiena senza spiegazione medica. Essendo stato in passato un militare, aveva vissuto un grave trauma durante le sue esperienze di guerra, mentre di recente sua moglie era morta dopo 40 anni di matrimonio. Egli mi disse in modo risoluto di non voler parlare di nessun trauma del passato, ma che voleva solo aver sollievo dal dolore. Questo fu proprio il punto da cui cominciai, intraprendendo il lavoro in modo delicato, all'inizio attraverso il canale del gergo degli organi del dolore fisico, rispettando i suoi sistemi di salvaguardia e lavorando sulla riconnessione con la vita presente, con i suoi figli, i suoi nipoti ed i suoi interessi precedenti.

III. *La teoria polivagale*

Come Adler aveva capito, connettere la mente con il corpo è cruciale e, nella terapia del trauma, dobbiamo sempre tenere conto della fisiologia del corpo. Il basilare lavoro di rottura di Stephen Porges, con la sua "Teoria polivagale delle emozioni" [18], offre un'impagabile nuova prospettiva per capire la psico-fisiologia delle risposte agli eventi traumatici, mettendo inoltre in risalto inoltre i bisogni di relazione sociale e quali siano le sfide più importanti che sorgono quando questi bisogni non hanno riscontro. Il termine polivagale si riferisce a diversi tratti del lungo nervo vago, che è andato evolvendosi durante milioni di anni: il "nuovo" vago mielinizzato, quello evolutosi

più di recente, ottimizza l'ossigeno attraverso l'attività cardiaca e polmonare, è collegato con altri nervi che regolano il senso dell'udito e stimola l'attività muscolare delle aree del collo, della mascella e della gola; il "vecchio" tratto non mielinizzato del vago invece, ci immobilizza.

La "teoria polivagale" fornisce una comprensione più sofisticata degli aspetti biologici del sentirsi sicuri o in pericolo che vanno al di là degli effetti dell'attacco e della fuga, ponendo proprio le relazioni sociali al centro della comprensione del trauma e richiamando gli aspetti centrali della teoria di Adler sul bisogno cruciale della connessione sociale ai fini del benessere psichico.

Porges [18] chiarisce che il Sistema Nervoso Autonomo regola tre fondamentali stati di ordine fisiologico. Quando si percepisce una minaccia, se ne si è capaci, ci si indirizza verso il livello di funzionamento più recente ed evoluto.

1. *Coinvolgimento sociale*: a questo livello, si cerca di capire cosa sta capitando; si è in grado di chiedere supporto ed aiuto e di cercare sollievo da coloro che sono intorno. Se questa possibilità viene meno (per esempio, se nessuno viene ad aiutarci), si percepisce la situazione come ancora più pericolosa e ci si muove verso un secondo livello più primitivo.

2. *"Attacco-fuga"*: c'è un'attivazione, sia nel senso di antagonizzare chi attacca, sia nel senso di scappare via in un qualche posto sicuro. Un bambino molto piccolo normalmente non è in grado di proteggersi attaccando o scappando. Pertanto, per il suo futuro senso di benessere e di sicurezza, è cruciale che scopra la possibilità di un legame sicuro e di un'adeguata partecipazione a livello sociale. Se la mobilitazione fallisce e non si può uscire dalla situazione, per esempio se si è sotto pressione o ci si sente in trappola, ci si può tentare di salvare con il sistema di sopravvivenza più primitivo.

3. *Immobilizzazione*: ci si chiude, spendendo il minimo di energia possibile. Questa condizione può esitare in uno stato di "congelamento" o svilupparsi in direzione di uno "svenimento" o di un "collasso". Questo sistema di sopravvivenza "facendo il morto", o essendo "spaventati a morte", produce immobilità, chiusura e dissociazione. Il problema, in questo caso, è che una risposta di mera sopravvivenza disattiva il sistema di connessione sociale. Questa risposta di immobilizzazione rappresenta una modalità di sopravvivenza a breve termine in situazioni acute. Tuttavia, individui altamente traumatizzati e cronicamente trascurati oppure abusati, o che hanno subito traumi di tipo evolutivo, rimangono di frequente in balia del sistema immobilizzazione/chiusura, presentando spesso anche sintomi dissociativi, come ad esempio un senso di irrealtà e di depersonalizzazione, oppure varie lamentazioni somatiche circa il proprio stato di salute, come problemi gastrointestinali, emicranie, dolori persistenti e fatica cronica.

IV. *Il sistema di Coinvolgimento Sociale*

Il lavoro di Porges che identifica la base fisiologica del Sistema di Coinvolgimento Sociale è bene in sintonia con la visione Adleriana che tutti posseggono un potenziale *Gemeinschaftsgefühl*, o Sentimento sociale. Quando le difese di salvaguardia non sono attivate, si sperimenta uno stato di sicurezza e si può “abbassare la guardia”. Questo fatto, a sua volta, ci permette di integrare nuove acquisizioni nella nostra visione del mondo, di coinvolgerci con gli altri e di essere vulnerabili in mezzo a loro. Quando ci si sente stabili, ci si può aprire a nuovi punti di vista, invece che rimanere legati a schemi di logica privata che si sono radicati da tanto tempo.

In generale, quando ci si sente minacciati e agitati, si guarda prioritariamente verso gli altri, cercando un collegamento con i loro volti e le loro voci, e si cerca di trovare una via per comunicare il bisogno di sentirsi salvi e al di sicuro. Quando si è in grado di attivare il Sistema di Coinvolgimento Sociale, il tratto del vago mielinizzato, quello di più recente evoluzione, invia segnali al cuore e ai polmoni, rallentando il battito cardiaco ed il respiro, ottimizzando il senso dell’udito ed annullando l’attivazione dei muscoli della faccia, della gola, dell’orecchio medio e della cassa vocale laringea.

Si è allora in grado di instaurare positivi contatti oculari e di ascoltare, utilizzando il Sistema di Coinvolgimento Sociale per calmarsi. Quando la cosa funziona, si può sorridere, annuire e aggrottare le sopracciglia e, fatto della massima importanza, si può udire in modo appropriato e rivolgere la nostra attenzione per distinguere suoni a bassa frequenza che non debbano essere istintivamente percepiti come segnali predatori.

Molte persone che hanno subito un trauma importante descrivono l’esperienza di essere ultrasensibili ai suoni, soprattutto quelli a bassa frequenza, e di percepire vibrazioni che nessun altro apparentemente sente, finendo spesso di evitare luoghi affollati. Questa è un’indicazione che il Sistema di Coinvolgimento sociale è ancora spento e che il sistema nervoso è persistentemente allertato ad individuare innanzitutto predatori potenziali. Per tutto il tempo che si è impegnati a scorgerli, rimangono compromesse future connessioni sociali, lasciando l’individuo con le sue sottostanti strategie difensive di attacco e fuga, o di scomparsa e di chiusura in se stesso.

V. *Trauma e disconnessione*

Adler identificò nel senso di appartenenza il nostro bisogno più profondo. Tuttavia, dove ci sono stati seri traumi evolutivi, il legame con gli altri può diventare anche la nostra più profonda paura. È naturale per tutti noi sospingerci via dalla sorgente del dolore, come quando inavvertitamente tocchiamo un fornello bollente. Allo stesso modo, è comprensibile che, se si lascia che le persone recuperino a loro modo, cerchino di creare una distanza tra se stesse e l’evento traumatico. Tuttavia, questo processo realistico di salvaguardia crea dei problemi.

Se le persone si separano dalla loro esperienza interiore e dal loro dolore emozionale, si può instaurare una profonda alienazione e disconnessione da se stessi, dai propri pensieri e sentimenti e dagli altri. Si può creare in questo modo un circolo vizioso, dal momento che essere deprivati del contatto emozionale e della connessione con se stessi e con gli altri minaccia profondamente il nostro benessere psico-fisico.

La cosa con cui devono combattere tutte nelle persone in conseguenza di eventi traumatici è come ricostruire una vita e una visione del mondo quando quelle a cui faceva di solito riferimento sono state distrutte. Uno dei presupposti che sovente va perduto è quello che riguarda il controllo.

Nizar, che ha 14 anni, era fuggito da una grande zona di guerra, dove i suoi genitori e i suoi fratelli erano stati tutti uccisi; prima di giungere nel Regno Unito, era vissuto per quattro anni in campi per rifugiati, dove aveva vissuto trascuratezze e abusi fisici. Questa era la sua percezione di se stesso, degli altri e del mondo: “Sono vulnerabile, la gente è ostile, il mondo è pericoloso, per cui devo mantenere il controllo isolandomi dagli altri ed essendo totalmente autosufficiente”.

VI. Dissociazione

Il lavoro di Stephen Porges mette in luce che, quando percepiamo una minaccia vitale, ci disconnettiamo, ovvero fisiologicamente ci dissociamo allo scopo di evitare una prevedibile sofferenza. Ci mettiamo in uno stato come di “preparazione alla morte”, in cui funzioniamo al minimo, in una direzione volta alla conservazione dell’energia. Simulare la morte è un’arcaica risposta vagale dei rettili, attraverso cui scappiamo dal nostro corpo e dalle nostre emozioni.

La normale secrezione di oppioidi da parte del Sistema Nervoso è mirata a ridurre il dolore della morte e induce una condizione di tipo sognante. Questa dissociazione può produrre sia una piacevole sensazione spaziale, sia, nel contempo una terrificante perdita di contatto con la realtà.

Da una prospettiva Adleriana [24], la dissociazione può essere vista come un meccanismo protettivo che serve agli individui per affrontare sentimenti estremi di inferiorità e che ha il significato di evitare ulteriore sofferenza, permettendo alla persona di continuare a funzionare. Tuttavia, tutto questo può esitare in rigidità, atteggiamenti di sfida rispetto ai compiti vitali ed una sensazione di essere esiliati da sé e dagli altri.

Nelle situazioni più estreme, le persone possono costruire nell’immaginario differenti parti di sé, per così dire, “alternative”, con il significato di disconnettersi dalla realtà quando si sentono insicure e minacciate. Sperry descrive questo stato come la ricerca sia di distanziarsi che di non muoversi: entrambe le strategie hanno lo scopo di prevenire in qualche modo che il trauma si verifichi nuovamente [24]. Pertanto, lo scopo finale della terapia è quello di integrare tutte le parti alternativamente scisse in un’unica personalità.

James, un uomo all'apparenza affascinante ed educato, giunse da me presentando inizialmente tematiche collegate al lavoro dove era stato accusato di comportamenti aggressivi che a quel tempo negava completamente. Nel giro di due sedute, fecero la sua comparsa nella stanza l'alter-ego "Matt", una presenza violenta dispregiativa e persecutoria, e successivamente altri alter-ego: "Stevie", un bambino piccolo terrorizzato e impietrito, seguito da "Emily", una donna anziana ipercritica. Venne fuori che, quand'era più giovane, James aveva subito gravi abusi sessuali ed emotivi in un centro residenziale dove era stato inserito in seguito ad importanti difficoltà vissute a casa propria. Era poi diventato in età giovanile un abusante. Il nostro lavoro fu quello di integrare e riconnettere questi aspetti della sua personalità, aiutandolo a far fronte agli aspetti aggressivi e critici del suo Stile di Vita, ma insieme riconoscendo le sue risorse e rispettando la sua bisessualità, per cui aveva provato vergogna.

VII. Connessione e recupero

Se si seguono le molteplici prove fisiche e psicologiche di coloro che hanno vissuto importanti Traumi dello Sviluppo, il percorso può sembrare faticoso. L'antidoto è semplice, ma rappresenta nel contempo una scommessa. Lo scopo centrale della terapia è quello di migliorare la qualità di vita della persona. Se il lavoro diretto sulle memorie traumatiche è di aiuto a raggiungere questo obiettivo, non è però opportuno scavare nei dettagli del trauma. È molto importante che i terapeuti e chi fornisce supporto trattengano le loro curiosità rispetto agli eventi passati e si sintonizzino unicamente sui bisogni del loro paziente.

La guarigione si realizza quando si aiutano i pazienti a uscire dall'immobilità del circolo vizioso delle paure del passato, che non li rende più capaci di focalizzarsi sul presente e sul futuro. Ciò comporta il fatto di essere in contatto con se stessi, il proprio corpo e le proprie emozioni, e di sperimentare il rapporto con gli altri come uno scambio reciprocamente arricchente invece che come una fonte di minaccia.

VIII. Stabilizzazione e sicurezza

Creare una relazione sicura e fiduciosa è il fattore che maggiormente contribuisce al successo della terapia, e fu certamente identificato da Adler [4], quando descrive i bisogni dei "bambini odiati", focalizzando in questo modo un approccio terapeutico basato sulla compartecipazione della sofferenza:

"Il loro trattamento e la loro cura...dovrà essere mutuato da una duplice funzione materna... 1) stare insieme al bambino (alla bambina) facendogli vivere un'esperienza di solidarietà fiduciosa, e 2) incrementare ed allargare l'interesse sociale e rinforzare, così, l'indipendenza e il coraggio" [4, p. 119].

Per aiutare il paziente a ridurre le consuete attitudini difensive alla iper-vigilanza e alla dissociazione, bisogna mettere prima di tutto in campo delle ancore sicure.

Rendere il paziente capace di sentirsi radicato e sicuro nel suo ambiente circostante, attraverso l'aver acquisito una capacità di auto-regolazione del proprio corpo e delle proprie emozioni, è cruciale. Una volta che la sicurezza è presente nelle circostanze della vita del paziente, che sono state identificate strutture di supporto e risorse, che i sintomi sono maggiormente sotto controllo e la relazione terapeutica è ben stabilita, lavorare su aspetti specifici del trauma è inutile e, come già detto in precedenza, non è sempre necessario.

Tania, di 19 anni, con una storia di abusi sessuali ed emotivi, giunge alla mia osservazione all'interno di un servizio di counselling per il reinserimento di persone giovani. Viveva per strada e di recente, una volta che era molto ubriaca, era stata violentata da due uomini. Durante la prima seduta, prese immediatamente a descrivere gli eventi traumatici. Era chiaro, tuttavia, che parlava in un evidente stato di dissociazione e che bisognava interrompere il flusso del racconto che aggravava ulteriormente il disagio. Invece che lavorare sul trauma, mi focalizzai su alcune strategie immediate di "primo aiuto", ad esempio sui processi che sono alla base della regolazione corporea; solo successivamente, dopo aver esplorato degli aspetti pratici, del tipo dove aveva pensato di dormire la notte successiva, quanto denaro aveva per mangiare o che amici aveva, e inoltre solo dopo averle fornito informazioni su altre agenzie di supporto disponibili, le proposi alcune strategie di base per saper maneggiare i suoi sintomi sensoriali e posi l'attenzione sulle sue capacità di cavarsela nella vita per l'immediato futuro. Solo dopo molto tempo ancora, una volta che la nostra relazione si era ben stabilita, incominciammo ad elaborare l'abuso ed altri traumi più precoci.

IX. Ri-connessione utilizzando la Doppia Consapevolezza (Dual Awareness)

Quando i sistemi di allarme continuano ad essere allertati, è difficile, se non impossibile, elaborare ed integrare le memorie traumatiche nell'ambito di vissuti mentali consci, dal momento che queste memorie diventano "ingabbiate" in regioni cerebrali non-verbali sottocorticali (amigdala, talamo, ippocampo, ipotalamo e tronco encefalico). Questo fatto può condurre a condizioni di dissociazione o iper-attivazione ansiosa che riducono la normale capacità di doppia consapevolezza [20].

La Doppia Consapevolezza è la nostra capacità di integrare sia gli stimoli interni che quelli esterni, ovvero di integrare il Sé esperienziale con il Sé osservante [26]. Per esempio, se si ode un suono forte improvviso e inaspettato, potremmo sobbalzare e sperimentare una scarica di adrenalina.

Tuttavia, se siamo capaci di integrare questa esperienza interiore con la consapevolezza del mondo esterno, possiamo poi accorgerci che è un po' come gettare del materiale da costruzione dentro un salto nel vuoto. Possiamo accorgerci allora che è tutto in salvo e regolare nuovamente il nostro corpo in uno stato di stabilità.

Allo stesso modo, in terapia, dobbiamo fare in modo che i pazienti realizzino una

combinazione del Sé esperienziale e del Sé osservante. Questo crea un “ponte” metaforico tra l'amigdala e la corteccia, permettendo la riduzione delle risposte attacco-fuga. Esercitarsi a ritrovare un fondamento e un ancoraggio e il lavoro per costruire l'immagine di un “posto sicuro” sono dei cardini importanti, insieme al fatto di aiutare il paziente a identificare e a dare un nome a ciò che ha vissuto sotto il profilo corporeo ed emozionale, mettendo così in connessione la realtà del Sé esperienziale con la realtà del Sé osservante. Questo aiuta il paziente, passo dopo passo, a sentirsi con i piedi bene per terra di fronte a sensazioni intense che si associano a sensazioni fisiche di spavento.

Madesh giunse da me sei mesi dopo un incidente automobilistico. Di notte regolarmente ritornava indietro a quell'evento, rivivendone fisicamente ed emotivamente lo spavento. Fu importante non ricorrere alla memoria dei fatti come mezzo per risolvere il trauma, ma piuttosto aiutare Madesh a ristabilizzarsi e a rendersi conto che la rappresentazione dell'evento non corrispondeva al fatto che si stesse riattualizzando, ma si riferiva al passato. Lavorammo insieme per preparare un rituale che utilizzasse il protocollo della Doppia Consapevolezza di Rothschild (2000), costruendo una connessione tra quanto precedente vissuto dal suo Sé esperienziale e il Sé osservante. Egli disse queste cose ad alta voce per prepararsi coscientemente agli incubi che si attendeva prima di andare a dormire: “Sto andando verso il fatto di svegliarmi terrorizzato, sarò sudato, il mio cuore batterà veloce e i miei pugni saranno serrati a causa del ricordo dell'incidente (qui è importante non mettere a fuoco tutti i dettagli, dandogli solo un nome). 'Allo stesso tempo' guarderò intorno dove sono ora, l'otto gennaio 2016, nella mia stanza da letto, vedrò il mio gatto e il quadro sul muro e così saprò che l'incidente non sta succedendo di nuovo”. Madesh recuperò la sensazione di avere un controllo e le scene del passato si ripresentarono più di rado.

X. Riconnettersi alle risorse positive

Sebbene molte psicoterapie siano orientate a identificare la patologia e a focalizzare le problematiche, la terapia Adleriana è un approccio che promuove la crescita lavorando sui punti di forza nondimeno che sui sintomi. C'è un orientamento sulle risorse, sia interiori che esterne, così da sostenere lo sviluppo di crescita della capacità di auto-regolazione. Quando i pazienti vedono se stessi e il mondo solo attraverso del trauma, c'è una prospettiva di rabbia, dolore, disorientamento e forte emozione che è distorta dalla scissione.

La focalizzazione sulle risorse è un antidoto che sposta l'attenzione del paziente su un quadro più vasto e meno distorto di sé e della loro vita e ricostruisce un potenziale interesse sociale. Ci sono sempre risorse genuine da cui attingere anche nella più caotica delle esistenze. Molti di coloro che hanno avuto storie di traumi procedono in direzione di una vita adulta piena di successo e significato e così spesso ricordano una o più persone significative della loro vita, o qualche volta persino un animale speciale, che

ha insegnato loro che, nonostante la loro traumatica vita a casa, esisteva pur sempre un luogo di connessione positiva e di dolcezza.

Chiedere ai pazienti chi o cosa li ha aiutati o li stia aiutando a superare le difficoltà è una delle prime questioni chiave su cui informarsi con chi ha vissuto un trauma evolutivo. Nel caso di singoli eventi traumatici, come una singola aggressione o un incidente automobilistico, chiedere qual è stato il primo momento in cui il paziente si è sentito in salvo dopo l'evento può essere utile per identificare un luogo sicuro.

Nel caso di trauma evolutivo, tuttavia, quando l'esperienza di mancanza di un luogo sicuro è protratta cronicamente, il processo di costruzione delle risorse e di un senso di sicurezza è più complesso. In questi casi è importante annotare qualunque esperienza di vita durante la quale questo tipo di pazienti abbia sperimentato almeno un senso di intraprendenza e di relativa sicurezza, come ad esempio fare le coccole al loro animale, lavorare in giardino o andare in bicicletta.

Quando si ricordano o si immaginano risorse positive di qualche tipo, passate o presenti, è importante indirizzare l'attenzione del paziente al momento presente: "Cosa provi ora nel momento in cui mi racconti delle coccole che fai al tuo cane?". Col progredire della terapia, attraverso una graduale integrazione di esperienze e risorse positive, i pazienti sviluppano nuove percezioni degli altri esseri umani come possibili fonti di supporto invece che di minaccia.

XI. *Terapia non-verbale*

Molti dei più importanti terapeuti del trauma fanno notare come la terapia della parola non è sufficiente a risolvere le sofferenze traumatiche [20, 16, 10, 25] e sottolineano come sia importante adottare sia un approccio *top-down* che un approccio *bottom-up* nella terapia del trauma. Gli approcci *top-down* enfatizzano come focus primario aspetti cognitivi ed emozioni. Diversamente, gli approcci *bottom-up* si focalizzano sul corpo e sulle sensazioni percepite. Utilizzare sia l'orientamento *bottom-up* che quello *top-down* espande grandemente le opzioni terapeutiche e si armonizza bene con l'approccio olistico Adleriano.

Porges [18] ha descritto come l'aver sperimentato eventi traumatici possa disattivare il Sistema del Coinvolgimento Sociale. Gli individui traumatizzati spesso provano avversione allo sguardo e sono turbati dall'essere faccia a faccia. Molte strategie terapeutiche tentano il coinvolgimento attraverso il contatto oculare uno in fronte all'altro, ma questi normali comportamenti di coinvolgimento sociale da parte del terapeuta possono indurre spavento e strategie reattive di difesa.

Le terapie non verbali offrono inestimabili percorsi alternativi per la guarigione che possono riattivare la connessione sociale senza bisogno, all'inizio, di un'interazione

faccia a faccia. Quando il Sistema del Coinvolgimento Sociale è di nuovo attivato, emergeranno naturalmente espressioni facciali positive ed il contatto oculare, con il paziente che si muove verso uno stato di maggior calma psicologica, passando da una torpida disconnessione all'interconnessione e all'unitarietà. Queste terapie includono quelle che utilizzano il movimento, l'arte, gli animali domestici, i cavalli, la musica, l'orticoltura o lo yoga, per nominarne solo alcune.

***Raheela** subì gravi violenze domestiche all'interno della sua relazione di coppia per 15 anni prima che il suo partner fosse processato per gravi atti di aggressione. Ritirata e con mutacismo selettivo, frequentò un centro di terapie per donne, ma non stabilì rapporti con nessun altro. Le venne assegnata la responsabilità dell'orto del centro e gradualmente, lavorando accanto al terapeuta di orticoltura, cominciò a comunicare verbalmente con le altre persone del centro, si radicò nel suo corpo e si sentì orgogliosa per i suoi risultati.*

***Paul**, un militare veterano, pensionato dal suo servizio dopo aver subito serie ferite, aveva ricorrenti scoppi di ira che erano culminati nel divorzio e in una riduzione al minimo dei contatti con i suoi figli. L'aver avuto la responsabilità di prendersi cura di Mufty, un cane da salvataggio, fu trasformativa nell'aiutare Paul a ridurre i suoi scoppi di ira e, in seguito, a riapprocciarsi con i suoi figli. Le incondizionate risposte positive di Mufty a Paul e la sua dipendenza da lui per il cibo, l'esercizio e il fatto di doversene occupare spostarono la focalizzazione di Paul da sé e, in definitiva, in direzione degli altri.*

XII. La crescita post-traumatica - Nuove modalità di connessione

Certamente, trovare un senso dopo terribili tragedie e traumi e trovare un nuovo posto nel mondo sono componenti della guarigione. Riguardo alla terapia, Adler ha sempre posto la sua attenzione su ciò che i suoi pazienti stavano facendo nell'immediato presente per facilitare la loro situazione, e io sono stata la testimone privilegiata di alcuni loro movimenti particolarmente coraggiosi a questo proposito.

Molti pazienti sono andati ad aiutare altri che facevano fatica rispetto ad esperienze simili, altri si sono permessi di aprirsi in direzioni completamente nuove, come fare ulteriore formazione ed acquisire nuove abilità che credevano non fossero alla loro portata. E tutti hanno scoperto nuovi significati nelle relazioni.

Nira Kfir, nel suo lavoro *Crisis Intervention* [Intervento sulla crisi] descrive bene questo aspetto:

“Infatti, le persone, passate attraverso il terrore, nella condizione di non perdere più nulla che spesso fa seguito a una crisi, possono scorgere una nuova dimensione. Una volta che il paradigma va in pezzi, le persone sono libere di scegliere nuove direzioni... Un cambiamento reale incomincia spesso dalle profondità del pozzo della

disperazione. Nella misura in cui chi interviene si ricorda di questo, ciò che suggerisce conterrà una genuina speranza” [15].

Il termine di “crescita post-traumatica”, coniato più di recente da Calhoun e Tedeschi, conferma ulteriormente l’idea che da esperienze di terribile paura e dolore possano scaturire cambiamenti molto significativi [6]. C’è un’opportunità di “non tornare solo alla normalità”, ma di trovare una nuova “normalità” in un posto dove non si è mai stati prima, un posto migliore. È un’opportunità per trovare un rinnovato senso di sé in cui si possa sperimentare una maggiore flessibilità e, in modo cruciale, recuperare una connessione con sé e con gli altri.

Natalie, che aveva vissuto gravi esperienze traumatiche precoci, scrisse alla fine della sua terapia queste parole: “Ora l’obiettivo della mia vita è aiutare gli altri. Ho imparato la compassione verso di me e verso gli altri; senza sminuire la sofferenza subita, le mie esperienze hanno in realtà dato un contributo alla mia vita, nel senso che oggi sono una persona migliore”.

Gli eventi traumatici sono malauguratamente una parte dell’esperienza umana. Tuttavia, come persone umane, possiamo anche avere una rimarchevole capacità di adattamento e di intraprendenza nel nostro sforzo di superare le avversità, nelle nostre potenziali capacità di ri-connesione attraverso il *Gemeinschaftsgefühl* [Sentimento sociale], nel trovare un modo di esprimerci anche nei luoghi più oscuri.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1934), Physical manifestations of psychic disturbances, in ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (a cura di, 1964), *Superiority and Social Interest*, tr. it. *Aspirazione alla superiorità e sentimento comunitario*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2008.
2. ADLER, A. (1931), *What life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), DSM 5, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tr. it. *DSM 5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano 2014.
4. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (a cura di, 1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
5. BONANNO, G. A., MANCINI, A. D. (2008), The human capacity to thrive in the face of potential trauma, *Pediatrics*, 121 (2): 369-375.
6. CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. (a cura di, 2006), *Handbook of Post-traumatic Growth: Research and Practice*, Erlbaum, Mahwah.
7. FERGUSON, E. D. (2010), Adler's innovative contributions regarding the need to belong, *J. Ind. Psychol.*, 66 (1): 1-7.
8. GALLESE, V., FERRARI, P. F., UMILTA, M. A. (2002), The mirror matching system: A shared manifold for intersubjectivity, *Behav. Brain Sci.*, 25 (1): 35-36.
9. GREENBERG, G. (2013), *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry*, Penguin, New York.
10. HELLER, L., LAPIERRE, A. (2012), *Healing Developmental Trauma*, North Atlantic Books, Berkeley.
11. HERMAN, J. L. (1992), *Trauma and Recovery*, Basic Books, New York.
12. HERMAN, J. L., PERRY, J. C., VAN DER KOLK, B. A. (1989), Childhood trauma in borderline personality disorder, *Am. J. Psychiatry*, 146(4): 490-495.
13. IACOBONI, M. (2008), *Mirroring People*, Farrar, Straus and Giroux, New York.
14. KERN, R., GFROERER, K., SUMMERS, Y., CURLETTE, W., MATHENY, K. (1996), Lifestyle, personality, and stress coping. *Individual Psychology: The Journal of Adlerian Theory, Research and Practice*, 52(1): 42-53.
15. KFIR, N. (1989), *Crisis Intervention Verbatim*, Adlerian Workshops and Publications, Hemisphere, New York.
16. LEVINE, P. (2010), *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*, North Atlantic Books, Berkeley.
17. O'CONNELL, W. E., HOOKER, E. (1996), Anxiety disorders II, in SPERRY, L., CARLSON, J. (a cura di), *Psychopathology and Psychotherapy 2nd Ed.*, Taylor & Francis, Washington: 179-220.
18. PORGES, S. (2011), *The Polyvagal Theory*, Norton, New York.
19. RIZZOLATTI, G., FADIGA, L., GALLESE, V., FOGASSI, L. (1996), Premotor cortex and the recognition of motor actions, *Cognit. Brain. Res.*, 3(2): 131-141.

20. ROTHSCHILD, B. (2000), *The Body Remembers*, Norton & Norton, New York.
21. SCHORE, A. N. (1994), *Affect Regulation and the Origin of the Self: Neurobiology of Emotional Development*, Psychology Press, Hove, East Sussex.
22. SCHORE, A. N. (2003), *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, Norton, New York.
23. SIEGEL, D. J. (2013), *Brainstorm: The Power and Purpose of the Teenage Brain*, tr. it. *La mente adolescente*, Raffaello Cortina, Milano 2014.
24. SPERRY, L. (2011), Psychosomatic medicine today: Adlerian contributions, *J. Ind. Psychol.*, 67(1): 75-82.
25. VAN DER KOLK, B. A. (2014), *The Body Keeps the Score*, tr. it. *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina, Milano 2015.
26. VAN DER KOLK, B. A., FISLER, R. (1995), Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study, *J. Trauma. Stress*, 8(4): 505-525.

Anthea Millar
Cambridge, UK
Adlerian Society UK and Institute for Individual Psychology (ASIIP)
E-mail: antheamillar4@gmail.com

Dinamiche intrapsichiche e relazionali nel web: rotte di navigazione per adolescenti e adulti nel cyberspazio

CINZIA EMILIA SALA, EMANUELE BIGNAMINI

Summary – INTRA-PSYCHIC AND RELATIONAL DYNAMICS ON THE WEB: NAVIGATION ROUTES FOR ADOLESCENTS AND ADULTS. The development of new means of communication and the widespread dissemination of access to the Internet imply an increasingly personal and complex relationship with the web. This leads to a need to question the meaning of this relationship, and the position that the network occupies within the life of the individual. At present there is no consensus on the definition and diagnostic criteria of disorders related to the use of the Internet. The boundary of what can be considered pathological becomes even more difficult to define when dealing with internet usage in adolescents. If in an adult the use of the net tends to assume a compensatory function, in the adolescent it is intertwined with the intrapsychic and relational development. It therefore becomes necessary to examine not only the changes in the construction of the concept of reality, but also the implications of the presence of the screen in the relationship between the caregiver and the child/adolescent.

Keywords: WEB, CYBERSPAZIO, ADOLESCENTE, ADULTO

I. Le flotte del cyberspazio

Nel 1992-1993 l'informatico inglese Tim Bernes Lee fu l'autore del primo sito internet al mondo: fu lui a coniare il nome WWW (World Wide Web) e a dare quindi allo sviluppo della rete così come la conosciamo oggi, rendendo di pubblico utilizzo i protocolli http, www e il linguaggio html e aprendo quindi la strada al sistema di condivisione delle conoscenze umane che, con il passare del tempo, ha assunto connotati più complessi. Conserviamo ormai solo il ricordo del Web 1.0 e della modalità per lo più passiva di fruire della rete; a partire dal 2004 l'evoluzione tecnologica ha portato al Web 2.0 ovvero una modalità diversa di interfacciarsi con internet: dalla semplice consultazione passiva siamo passati ad una vera e propria interazione [6]. Questo ha introdotto il tema della relazione all'interno della rete, veicolata dalla condivisione di contenuti.

Simone parla di *mediasfera* per sottolineare che “*i media elettronici in rete giocano un ruolo fondamentale non più come strumenti, ma ormai come presenze arroganti*” [17].

Gli elementi distintivi del Web 2.0 riguardano quindi un maggior coinvolgimento personale, la marcata interattività, la velocità, la molteplicità di impiego, l'ubiquità e la delocalizzazione. L'utente possiede non solo il potere di modificare egli stesso i contenuti della rete, ma può tentare di trasformare i contenuti in esperienze.

La velocità e la complessità dei cambiamenti che hanno accompagnato lo sviluppo tecnologico degli ultimi anni hanno aperto numerose riflessioni in merito alle diversità di approccio alla rete, sia dal punto di vista operativo, sia per quanto riguarda i significati e la posizione che la rete stessa può assumere all'interno della vita dell'individuo. Tutt'ora il dibattito è aperto in merito alla definizione proposta da Mark Prensky nel 2001 di "nativi digitali" per indicare coloro che sin dalla nascita hanno vissuto il contatto con le nuove tecnologie (indicativamente quindi i nati dopo il 1985). Il resto della popolazione rientra invece nell'appellativo di "immigrati digitali" e quindi coloro che non sono "madrelingua" e che hanno fatto esperienza delle nuove tecnologie in fasi successive della vita.

Alla base di questo concetto c'è l'idea di una vera e propria evoluzione del genere umano in *Homo Sapiens Digital*, colui che integra nella propria esperienza umana il potenziamento derivante dall'uso dei nuovi media: la tecnologia consente infatti capacità di immagazzinamento e analisi dei dati più vaste del cervello umano, consentendo un maggiore accesso alla conoscenza.

Prensky utilizza quindi i termini di "saggezza digitale" per indicare la capacità di fruire di questo potenziamento, e di "stupidità digitale" a indicare tutti i comportamenti inappropriati nell'uso della tecnologia. La saggezza digitale quindi non riguarda abilità tecniche operative, bensì la capacità di sfruttare il potenziale degli strumenti a disposizione, al fine di prendere decisioni più sagge: l'agilità nell'uso della tecnologia non necessariamente è a servizio di una saggezza digitale [16].

In un contributo più recente Prensky introduce i concetti di "residente digitale" ad indicare colui che ha una propria identità ben definita sul web e ne è quindi un assiduo frequentatore, e "visitatore digitale", ovvero colui che fa un uso occasionale della rete [16]. Se ci spostiamo nel panorama italiano, il contributo di Cantelmi [4] sostiene l'ipotesi di una mutazione antropologica per cui troviamo "nativi digitali" (bambini nati dopo l'anno 2000, in costante immersione nei vari strumenti tecnologici a disposizione e quindi forse "*dotati di nuove organizzazioni cognitive-emotive e forse di un cervello diverso*") che si interfacciano con la "generazione di mezzo", ovvero adulti incuriositi utilizzatori della tecnologia, ma dotati di caratteristiche di funzionamento pre-digitale.

Le critiche mosse al concetto di "nativi digitali" riguardano per lo più la possibile confusione con il concetto di abilità di utilizzo della strumentazione tecnologica: spesso accade infatti che i giovani siano più disinvolti nell'utilizzo di alcuni strumenti, ma scarsamente consapevoli delle modalità con cui interagiscono con gli stessi.

Secondo Ferri [6] l'idea di Prensky ha un significato qualora si differenzi il concetto di nativi digitali in tre tipologie: nativi digitali puri (0-12 anni), millennials (14-18 anni), nativi digitali spuri (18-25 anni). Sottolinea la differenza ai due estremi: i primi hanno avuto un'esperienza precoce e diretta con schermi interattivi, mentre i nativi digitali spuri utilizzano in modo importante la rete, ma con una modalità più vicina al web 1.0.

Qualunque sia il "grado di parentela" con il mondo digitale, allo stato attuale ognuno di noi si trova ad interagire, o per lo meno a confrontarsi, con l'esistenza del cosiddetto cyberspazio. Il termine deriva dal greco "kyber" (ovvero "navigare") e quindi rimanda all'idea di uno spazio realisticamente navigabile. Lo scrittore William Gibson fu il primo a descrivere, nel suo romanzo *Neuromante* del 1984, uno spazio di reti digitali in cui varie entità si scontrano per la conquista di informazioni. Il concetto è stato successivamente ripreso ed è del resto descrittivo della sensazione che si ha, quando si naviga in internet, di essere all'interno di uno spazio, di fruire di siti più o meno lontani, di interagire con persone all'interno di uno spazio con regole, dimensioni e distanze proprie [5].

Numerosi studi in ambito di psicologia ambientale hanno approfondito la relazione tra la persona e lo spazio/luogo in cui vive, mettendo in evidenza l'attaccamento al luogo e dunque gli aspetti emotivi della relazione tra la persona e l'ambiente come elementi che partecipano alla costruzione dell'identità. Ma se, come afferma lo studioso di geografia culturale Tim Cresswell, "*lo spazio fisico diventa un luogo quando è usato, quando è scenario di esperienze, specie quelle abituali che finiscono per caratterizzarlo e dargli un sapore*", forse il fatto che si tratti di un CYBERSpazio non lo rende così differente in tal senso [20].

Ciò che possiamo ipotizzare sia differente è la funzione che il cyberspazio svolge nello sviluppo e, più in generale, nella vita psichica dell'individuo nativo o immigrato digitale.

II. *Virate di bordo*

Aver assistito alla veloce diffusione dei nuovi media e aver interagito con la rete in un momento successivo a quello dell'età dello sviluppo, ha permesso un incontro con le potenzialità degli strumenti e con l'esistenza del cyberspazio, guidato dalle risorse/fragilità di ciascun individuo. Potremmo dunque pensare ad un incontro tra due realtà già strutturate.

Possiamo allora distinguere delle modalità di approccio e utilizzo della rete più o meno patologiche: lo psichiatra americano Ivan Goldberg ha proposto, intorno alla metà degli anni Novanta, una definizione dei criteri diagnostici dell'Internet Addiction Disorder (IAD) prendendo spunto dai criteri indicativi di una dipendenza da sostanze.

Definisce quindi il disturbo come modalità mal adattiva nell'utilizzo di internet, che porta a una compromissione o a un disagio clinicamente significativo, come manifestato da tre (o più) delle seguenti condizioni, e ricorrenti entro un periodo di 12 mesi:

- 1) Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:
 - a. Il bisogno di usare internet per periodi di tempo sempre più lunghi al fine di ottenere la stessa soddisfazione;
 - b. Un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo di internet per lo stesso periodo di connessione.

- 2) Ritiro, come definito da ciascuno dei seguenti:
 - a. La caratteristica sindrome di astinenza:
 - Cessazione (o riduzione) dell'uso di internet che è stato pesante e prolungato;
 - Due (o più) dei seguenti, sviluppatasi da alcuni giorni a un mese dopo il criterio 1): agitazione psicomotoria, ansia, pensiero ossessivi su cosa succede su internet, fantasie o sogni su internet, movimenti volontari o involontari delle dita come per digitare una tastiera;
 - I sintomi del criterio 2) causano afflizione o danno al funzionamento sociale, professionale o a un'altra importante area funzionale;
 - b. L'uso di internet o di un analogo servizio online ha lo scopo di alleviare o evitare i sintomi di astinenza.

- 3) L'accesso a internet è spesso più frequente o per periodi di tempo più lunghi di quanto previsto.

- 4) Vi è un desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di internet

- 5) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività correlate all'uso di internet (per es. l'acquisto di libri su internet, provare i nuovi browser www, ricercare fornitori di internet, organizzare i file dei materiali scaricati).

- 6) Importanti attività sociali, professionali o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di internet.

- 7) L'uso di internet continua nonostante la consapevolezza di avere un problema fisico, sociale, occupazionale o psicologico persistente o ricorrente che possa essere stato causato o aggravato dall'uso di internet (deprivazione del sonno, difficoltà coniugali, ritardi agli appuntamenti del mattino, negligenza dei doveri professionali o sentimenti di abbandono dei propri cari).

In contributi successivi lo stesso Goldberg cerca di spostare l'attenzione sull'uso eventualmente patologico di internet, piuttosto che sull'oggetto internet, proponendo

una terminologia differente e parlando quindi di Pathological Computer Use [22]. Successivamente a questo contributo ne hanno fatto seguito molti altri, con denominazioni differenti, ma più o meno riconducibili all'area del Disturbo del Controllo degli Impulsi.

All'interno di questo approccio Kimberly Young propone otto caratteristiche per identificare una dipendenza di internet, per cui ne devono essere presenti almeno cinque nel corso degli ultimi sei mesi (e che non siano manifestazione di una fase maniacale):

1. Eccessivo assorbimento in internet (pensieri sulle attività online o anticipazione delle attività al prossimo collegamento);
2. Bisogno di usare internet sempre più frequentemente e per periodi sempre più lunghi per ottenere la stessa soddisfazione;
3. Ripetuti tentativi di controllare, ridurre o interrompere l'uso di internet;
4. Irrequietezza, depressione o irritabilità al tentativo di ridurre o interrompere l'attività in internet;
5. Permanenza in internet per un tempo più lungo di quanto previsto;
6. Perdita o rischio di perdita di una relazione significativa, di un lavoro, dello studio, o di opportunità di avanzamento professionale a causa dell'uso di internet;
7. Menzogne ai famigliari, al terapeuta o altri per nascondere l'entità del coinvolgimento in internet;
8. Utilizzo di internet per sfuggire a problemi o alleviare l'umore disforico [22].

Si tratta dunque di una lettura del fenomeno che utilizza i criteri che descrivono il Gioco d'Azzardo Patologico (attualmente definito Disturbo da Gioco d'Azzardo nel DSM-V), che fornisce spunti interessanti, ma che rischia di non essere soddisfacente nell'attribuire un significato ai comportamenti di molti individui dopo l'ancor più marcata diffusione dei nuovi media e della rete internet.

La Young propone inoltre una tipologia di comportamenti compulsivi in rete:

- Cybersexualaddiction: frequentatori di chat erotiche o siti per adulti;
- Cyber relationaladdiction: eccessivo coinvolgimento in relazioni affettive e/o extraconiugali tramite internet;
- Net compulsion: comportamenti compulsivi online, quali il gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo;
- Information overload: ricerca compulsiva di materiale informativo successivamente conservato e organizzato;
- Computer addiction: gaming, ovvero eccessivo uso di giochi online [22].

Il DSM-5 [1] inserisce il Disturbo da Gioco su Internet nella sezione III – Condizioni che necessitano di ulteriori studi, descrivendolo attraverso sintomi quali: preoccupazione riguardo ai giochi su internet, sintomi di astinenza, tolleranza, tentativi di limitare il gioco, perdita di interessi ad eccezione dei giochi online, uso continuativo ed eccessivo dei giochi nonostante la consapevolezza delle conseguenze psicosociali. Almeno cinque di questi sintomi devono presentarsi per almeno 12 mesi. L’inserimento nella sezione III viene giustificato dalla mancanza di evidenze sufficienti per inserire questo disturbo all’interno delle dipendenze senza sostanze [1].

Del resto allo stato attuale non c’è consenso sui criteri diagnostici dei disturbi legati all’utilizzo di internet, ma nemmeno su una definizione standard e condivisa. Di fatto lo stesso confine tra ciò che può essere definito patologico e ciò che può essere letto come naturale conseguenza, o per lo meno come manifestazione legata ai grossi e veloci cambiamenti in cui siamo immersi, è di difficile definizione.

III. *Navigazione verso lo stile di vita*

Provando ad allargare il punto di vista su alcuni aspetti del contesto in cui si è sviluppata la diffusione della tecnologia, il tentativo di costruire dei confini che orientino la valutazione del rapporto delle persone con il web diviene ancora più complesso, soprattutto quando si tratta di adolescenti.

Si potrebbe allora immaginare un continuum che va da un uso fisiologico della rete, in cui internet è scenario del processo di sviluppo, ad un uso in cui la rete diviene possibile luogo di manifestazione del disagio. Un punto di vista di questo tipo necessita però di ulteriori considerazioni, che non riguardano solo il rapporto tra il web e i nativi digitali, ma anche l’imprescindibile ruolo della rete nella storia del nucleo familiare.

Pensiamo alla donna che diventa madre, Turuani e Comazzi [23] ci guidano in una lettura interessante: innanzitutto la donna può compiere una scelta, quella della maternità, scelta che avviene all’interno della cultura narcisistica in cui è immersa, ed è quindi subordinata alla capacità di non rinunciare a parti di sé (femmina, lavoratrice, amica, figlia). Questi compiti tuttavia sembrano andare nella direzione opposta rispetto al bisogno di vicinanza con il proprio cucciolo.

La donna, come madre, è una nativa digitale, e in quanto tale ha a disposizione strumenti a sostegno della risoluzione di questo dilemma: internet permette infatti di ricorrere ad una vicinanza simbolica che rende la madre presente anche quando fisicamente lontana. Gli autori parlano infatti della Mamma Avatar ad indicare questo processo mentale per cui viene scelto un sostituto virtuale, un avatar appunto, portatore di alcune caratteristiche di sé e veicolo di una connessione continua ed una presenza ubiquitaria, un vero e proprio cordone ombelicale virtuale. È la madre, molto prima del figlio, che scopre e sfrutta l’utilità della virtualità, così da mitigare le angosce materne, ma con il rischio di diventare poi una presenza invadente.

Quando Adler scrisse “Cosa la vita dovrebbe significare per voi”, espresse il concetto per cui ognuno di noi ha una tensione verso il superamento delle difficoltà e un’aspirazione ad una meta che, se raggiunta, ci fa sperimentare sensazioni di forza, superiorità e completezza.

Adler riconosce un’aspirazione alla superiorità in ogni fenomeno psicologico, ma anche nella modalità in cui troviamo soluzioni ai problemi della vita. Potremmo quindi leggere in questi termini la soluzione che la madre odierna ha trovato per risolvere il conflitto tra le richieste della cultura narcisistica di appartenenza e i compiti necessari al suo ruolo di madre: dinnanzi al senso di inadeguatezza che sorge di fronte agli inevitabili movimenti di allontanamento dal proprio figlio a scopo auto affermativo, attraverso una disponibilità alla connessione illimitata, la madre fornisce simbolicamente un’altrettanto illimitata disponibilità di presenza e sguardo attento.

Lo strumento internet assume dunque un significato compensatorio, laddove per compensazioni intendiamo *“tutte le modalità, lineari o artificiali, con cui la volontà di potenza si propone di superare o aggirare un sentimento o un complesso di inferiorità”* [13]. Il rischio quindi è quello della supercompensazione, ovvero di una presenza orientata narcisisticamente e quindi volta a rispondere ai propri bisogni e a mitigare le proprie angosce, fino ad assicurare un risultato fittizio di presenza materna che si esprime prevalentemente su un piano virtuale.

Accanto alla *Mamma Avatar*, Charmet [14] identifica i *“padri pallidi: figure poco significative per i figli, che disertano il loro ruolo, lasciando al proprio posto un profondo vuoto”*, oppure *“padri affettivi”* in grado di assicurare una presenza empatica, orientata da valori femminili di tenerezza, ma fin troppo presente, sostenuta da meccanismi di identificazione narcisistica con il figlio, che non favoriscono la separazione, nemmeno quella rappresentata da un “no”. Sono padri che non si riconoscono più nel ruolo normativo appreso dalle generazioni precedenti, ma che sembrano non aver trovato una soluzione alternativa.

È in questo contesto che nascono quelli che Lancini [8] chiama *“adolescenti navigati”*: cresciuti all’interno di uno stile educativo orientato alla riduzione delle frustrazioni e all’incoraggiamento allo sviluppo delle proprie potenzialità e talenti, i ragazzi tendono ad essere particolarmente sensibili alle delusioni e alle privazioni, e quindi al tema della vergogna rispetto che a quello della colpa, più caratteristico delle generazioni precedenti. Lancini sottolinea il ruolo della rete come *“terza famiglia”*, oltre a quella naturale e sociale, luogo di incontri e relazioni, luogo in cui possono essere fisicamente distanti, ma mai soli perché costantemente connessi in relazioni nonostante l’assenza del corpo. La rete quindi diviene una vera e propria *“protesi identitaria”*.

Il contesto educativo sopra descritto mette dunque al centro l’ideale dell’Io, anche a scapito del riconoscimento dell’altro. I modelli offerti dall’ambiente di vita sono del resto considerati, dalla Psicologia Individuale, tra gli elementi fondamentali nella

strutturazione dello stile di vita, che si articola attorno alle dinamiche tra la volontà di potenza e il sentimento sociale [13]. Potremmo dunque sostenere che se l'aspirazione alla perfezione è descritta da Adler come una spinta innata, il contesto educativo attuale si costituisce come terreno florido a sostegno di questa stessa aspirazione.

Parenti [13] cita tra i fattori che possono essere alla base dello sviluppo del complesso di inferiorità, confronti negativi e ambivalenze all'interno della costellazione familiare. In particolare all'interno di quest'ultimo punto troviamo lo stile educativo viziante, inteso come eccessivamente protettivo o valorizzante.

Se il messaggio genitoriale di fondo è quello dell'importanza della valorizzazione di sé e dei propri talenti, da un lato ci troviamo di fronte ad una modalità di relazione incoraggiante che può sostenere lo sviluppo del bambino, dall'altro il rischio è che il confronto con l'ambiente esterno smentisca il messaggio genitoriale, ma anche il valore della propria esperienza di sé e generi dunque un vissuto di inferiorità.

La rete dunque si intreccia nello sviluppo intrapsichico e relazionale dell'individuo. Interagisce con la costruzione della percezione di spazio e di tempo: lo spazio virtuale non si colloca in un luogo fisico, ma esiste e modifica il concetto di distanza; il tempo diventa multiforme; la fitta e costante stimolazione, che richiede di essere filtrata, sviluppa la capacità di mantenere l'attenzione su più piani, a svantaggio del livello attentivo posto su un singolo stimolo. Ciò porta ad una maggiore sollecitazione di processi cognitivi basati sull'immediatezza e differenti modalità di apprendimento [22].

Dal punto di vista relazionale il web regala la possibilità di sentirsi costantemente connessi alle persone significative, ma soprattutto di presentarsi al mondo "come se" alcune parti di sé considerate meno accettabili potessero sfuggire allo sguardo giudicante del gruppo dei pari. L'adolescente, attraverso i social network per esempio, può entrare in relazione giocando solo le parti che ritiene essere migliori di sé, cercando di proteggersi dalla frustrazione dell'esposizione delle parti fragili e meno accettabili. È come se la rete fosse un vero e proprio spazio transizionale a servizio della sperimentazione della propria identità.

L'eventuale tensione per l'adolescente si crea nel momento in cui intrattiene, in modo finzionale, esclusivamente relazioni online che non gli permettono di sperimentare le varie parti di sé in interazione con gli altri, ma che mettono in gioco un sé infantile onnipotente. Entrare in relazione esclusivamente attraverso il proprio avatar espone inoltre al pericolo di non essere in grado di sostenerne il confronto e dunque di ricavare un profondo senso di inferiorità dall'incontro con sé stessi.

Il periodo dell'adolescenza costituisce una fase delicata nello sviluppo dello stile di vita ed è quindi un momento in cui la dinamica tra le spinte autoaffermative e cooperative assume una valenza particolarmente rilevante. Adler sottolinea l'importanza

della relazione madre-bambino nello sviluppo del sentimento sociale, in tal senso gioca un ruolo fondamentale la capacità della madre di rispondere al bisogno di tenerezza primaria e quindi la possibilità di una relazione fondata su un senso di compartecipazione emotiva.

La rete può costituire in tal senso uno strumento ambivalente: se da un lato assicura, come descritto in precedenza, una presenza continua laddove c'è una distanza fisica dettata da esigenze esistenziali, dall'altro inserisce lo schermo tra lo sguardo della madre e lo sguardo del bambino. Qualora dunque le figure genitoriali deleghino eccessivamente la loro presenza, e quindi il loro sguardo ad uno schermo, non solo non permetteranno di sperimentare una relazione basata sulla compartecipazione emotiva, ma impediranno l'esperienza di rispecchiamento emotivo necessaria allo sviluppo del mondo interno del loro bambino.

Bibliografia

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.), tr. it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali -5*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.
2. AMERIO, P. (2000), *Psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R.R., (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Psycho G. Martinelli, Firenze 1997.
4. CANTELMÌ, T. (2009), "L'era digitale e la sua valenza antropologica: i nativi digitali". *III Convegno Internazionale della Società Italiana di Psicotecnologie e Clinica dei Nuovi media*, Palermo.
5. CAVALLOTTI, P. (2001), La geografia del cyberspazio. In <http://www.apogeeonline.com/webzine/2001/12/18/01/200112180101>.
6. FERRI, P. (2001), *Nativi digitali*, Mondadori Bruno, Milano.
7. KERNBERG, O. F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, tr. it. *Sindromi marginali e narcisismo patologico*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.
8. LANCINI, M. (2015), *Adolescenti navigati. Come sostenere la crescita dei nativi digitali*, Erickson, Trento.
9. LANCINI, M., CIRILLO, L. (2013), Il trattamento delle dipendenze da internet in adolescenza, *Psichiatria e psicoterapia* 32,2: 89-100.
10. LANCINI, M., TURUANI, L. (2012), *Sempre in contatto. Relazioni virtuali in adolescenza*, Franco Angeli, Milano.
11. MANCIA, M. (2010), *Narcisismo. Il presente deformato dallo specchio*, Bollati Boringhieri, Torino.

12. MATOT, J. P. (2012), *L'enjeu adolescent. Déconstruction, enchantement et appropriation d'un monde à soi*, tr. it. *La sfida adolescente. De-costruzione, incantamento e appropriazione di un mondo proprio*, Alpes, Roma 2015.
13. ARENTI, F. (1983), *La psicologia individuale dopo Adler. Teoria generale adleriana. Lineamenti di psichiatria dinamica. Metodologia e tecniche di analisi*, Astro-labio, Roma.
14. PIETROPOLLI CHARMET, G. (2000), *I nuovi adolescenti. Padri e madri di fronte a una sfida*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
15. PIETROPOLLI CHARMET, G. (a cura di) (2003), *Ragazzi sregolati. Regole e castighi in adolescenza*, Franco Angeli, Milano.
16. PRENSKY, M. (2013), *La mente nuova dei nativi digitali #2*. <http://www.laricerca.loescher.it/istruzione/688-la-mente-nuova-dei-nativi-digitali-2.html>.
17. SIMONE, R. (2012), *Presi nella rete. La mente ai tempi del web*, Garzanti, Milano.
18. RIVA, G. (2012), *Psicologia dei nuovi media*, Il Mulino, Bologna.
19. RUSCONI, A. C., VALERIANI, G., CARLONE, C., RAIMONDO, P., QUARTINI, A., COCCANARI DE' FORNARI, M. A., BIONI, M. (2012), Internet addiction-disorder e social network: analisi statistica di correlazione e studio dell'associazione con l'ansia da interazione sociale, *Riv. Psichiatria*, 47,6: 498-507.
20. SABATO, G. (2014), Identità e senso dei luoghi, *Mente&Cervello*, 109: 61-67.
21. SPITZER, M. (2015), *Cyberkrank! Wie das digitalisierte Leben unsere Gesundheit ruiniert*, tr. it. *Solitudine digitale. Disadattati, isolati, capaci solo di una vita virtuale*, Grazanti, Milano 2016.
22. TONIONI, F. (2013), *Psicopatologia web-mediata. Dipendenza da internet e nuovi fenomeni dissociativi*, Springer-Verlag, Milano.
23. TURUANI, L., COMAZZI, D. (2015), *Mamme avatar. Come le mamme di oggi possono usare collaboratori, tecnologia e presenza simbolica per accompagnare i figli nella crescita, anche quando sono lontane*, Bur Parenting, Milano.

Cinzia Emilia Sala
Via Cave 2B
I-25081 Bedizzole (BS)
E-mail: cinzia_sala@hotmail.it

Emanuele Bignamini
Via Filadelfia 273/3
I- 10137 Torino
E-mail: emanuele.bignamini@gmail.com

Riv. Psicol. Indiv., n. 83: 83 (2018)

S.I.P.I.
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICOLOGIA INDIVIDUALE

Member-Group of the
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGY

XXVIII CONGRESSO NAZIONALE SIPI

**“TRADIZIONE E CAMBIAMENTO.
APPROFONDIMENTI E SVILUPPI
DELLA PSICOLOGIA INDIVIDUALE”**

Reggio Emilia, 29-30 marzo 2019