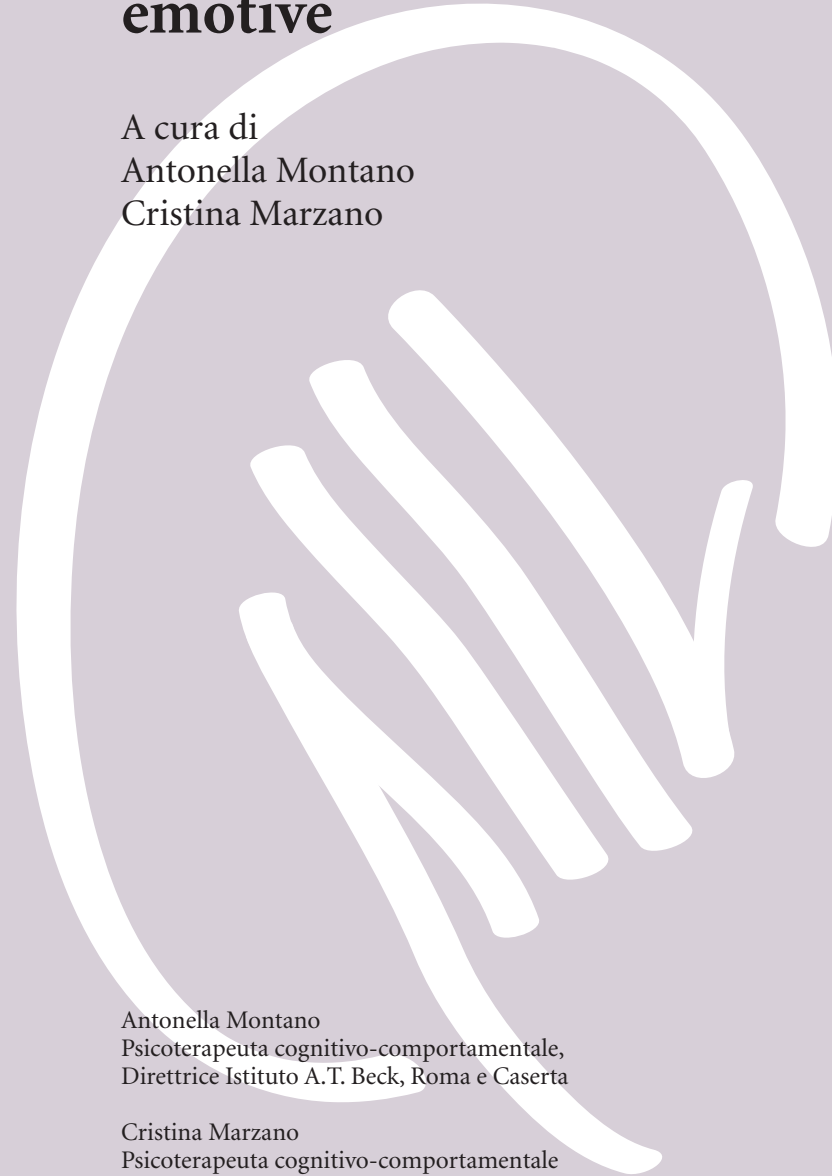


ISTITUTO A.T. BECK

Il trauma e le sue ferite emotive

A cura di
Antonella Montano
Cristina Marzano



Antonella Montano
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale,
Direttrice Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Cristina Marzano
Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale
Docente interno Istituto A.T. Beck, Roma e Caserta

Presentazione

Questo opuscolo ha lo scopo di fornire una spiegazione del trauma e di come esso impatti sulla vita delle persone. Verranno enumerate una serie di conseguenze fisiche, cognitive ed emotive successive all'esposizione a uno o più eventi traumatici, e sarà gettata luce su come questi episodi vengano sperimentati dal sopravvissuto.

I ricordi traumatici non elaborati, infatti, rimangono impressi nel corpo e nella mente, portando nel tempo all'innescare di un corteo sintomatologico spesso volte vissuto come angosciante dall'individuo e che, a una prima osservazione, può risultare addirittura bizzarro.

Sarà, inoltre, evidenziata la modalità con cui il complesso insieme di strategie difensive, messe a disposizione dalla natura per fronteggiare eventi ed esperienze interpretati come minacciosi per la propria sopravvivenza o per quella dei propri cari, possa generare il nucleo patologico del Disturbo da Stress Post-Traumatico (Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD) o del Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (Complex PTSD).

Il primo passo verso la guarigione risiede, innanzitutto, nel riconoscimento dei sintomi post-traumatici e di come essi siano il risultato di reazioni automatiche difensive. Successivamente è auspicabile un percorso psicoterapeutico strutturato con professionisti esperti. A oggi il trattamento elettivo per il trauma risulta articolato in tre fasi, ognuna delle quali verrà descritta nei suoi punti nodali.

Modulo 1

Che cosa è il trauma

Che cosa significa trauma?

Tipi di traumi

Quali sono le reazioni al trauma?

Gli effetti del trauma

Le categorie diagnostiche

Che cosa significa trauma?

Il concetto di trauma è sempre stato presente nella storia dell'umanità. Nei saggi e nei poemi antichi, e in tutte le culture del mondo, è sempre stato descritto e narrato come un'esperienza soverchiante e che azzerava le strategie di sopravvivenza dell'individuo, tanto da cambiare la vita delle persone. Il termine "trauma" (dal greco τραῦμα) vuol dire "ferita", infatti ben descrive la lacerazione e lo shock che rimane nel sopravvissuto nonostante l'evento improvviso e inaspettato si sia concluso.

Lo stress traumatico è diverso dall'usuale risposta allo stress che si innesca in tutti noi di fronte a una minaccia. Davanti a un pericolo, sia nell'uomo che negli animali, si attivano delle risposte difensive, le cui principali sono l'attacco (fight), la fuga (flight) o l'immobilizzazione (freeze). Mentre si vive un evento traumatico, invece, la persona si sente impotente, debole, indifesa, senza risorse, incapace di agire di fronte alla minaccia, e sperimenta dentro di sé delle sensazioni che sono fonte di estremo dolore e sofferenza.

Tuttavia non tutte le persone esposte a eventi imprevedibili e improvvisi sviluppano una risposta traumatica. Nella maggior parte dei casi, infatti, si innesca una reazione protettiva immediata che dopo un po' di tempo si esaurisce, proprio come accade nella maggior parte dei casi di ferite fisiche.

In assenza della minaccia nel nostro corpo e nella nostra mente si ristabilisce un equilibrio e viene ripristinato un normale stato di attivazione (arousal). Quando, invece, non si presenta tale processo restaurativo, e quindi la persona rimane in condizioni di allerta e attiva frequentemente risposte difensive anche in assenza di pericoli, si può affermare che la persona è rimasta traumatizzata.

Tipi di traumi

La risposta alle esperienze traumatiche varia da persona a persona. Ma perché alcune presentano livelli di sofferenza maggiori rispetto ad altre? Sono stati individuati tre fattori che contribuiscono a tali differenze (Cori, 2008):

A

Tipologia di eventi traumatici

I traumi si possono presentare in differenti fasce di età e in circostanze diverse. Inoltre, possono variare le caratteristiche della minaccia, la frequenza e la durata dell'evento.

Tra gli eventi traumatici a cui le persone possono essere esposte troviamo:

- disastri naturali come terremoti, incendi, alluvioni, uragani, tsunami
- guerra, tortura, minacce di morte
- incidenti automobilistici, rapina, disastri aerei
- stupro, abuso e violenza sessuale
- bullismo e violenza di genere
- terrorismo
- malattie a prognosi infauste, essere sottoposti a degli interventi chirurgici
- trauma fetale
- trauma da parto
- immobilità prolungata
- svolgere un lavoro che aumenta il rischio di esposizione a eventi traumatici (p.e., militari, agenti di polizia, personale di primo soccorso)

- lutto complicato o traumatico, nel caso in cui uno assiste alla morte oppure se il lutto coinvolge un caro amico o un familiare stretto (una morte violenta o un incidente)

Indubbiamente gli eventi minacciosi cronici e ripetuti sono i più difficili da affrontare. Quando si è più piccoli (trauma infantile) si è più vulnerabili perché ancora non si sono sviluppate le risorse e le strategie necessarie per fronteggiare eventi soverchianti, quindi l'impatto dell'evento traumatico è maggiore. Se poi la minaccia è rappresentata da qualcuno che si ama e che dovrebbe far sentire al sicuro, allora la ferita è più profonda, perché viene minato e distrutto il senso di fiducia e di sicurezza. Dal momento che ricevere aiuto e supporto da qualcuno mitiga e modula l'impatto dell'esperienza traumatica, essere minacciati da una persona da cui si dipende e di cui ci si fida produce degli effetti più marcati rispetto all'essere esposti a un disastro naturale o essere attaccati da una persona sconosciuta.

B

Risorse individuali

Ciascuno di noi è unico e, quindi, ciascuno di noi reagisce in maniera diversa di fronte alle minacce. I fattori individuali che influenzano le nostre risposte sono: il bagaglio genetico, il temperamento, l'attaccamento, le caratteristiche di personalità, l'ambiente di vita, ecc. Alcune persone sono "costituzionalmente" meno vulnerabili agli eventi

traumatici perché presentano delle caratteristiche innate (bagaglio genetico) che consentono una maggiore capacità di recupero e una più rapida guarigione dopo l'esposizione a un evento traumatico.

Inoltre, alcune nei primi anni di vita sono destinatarie di cura, attenzioni, contatto e, quindi, lo sviluppo procede regolarmente e senza ostacoli, perché tali esperienze permettono la formazione di un senso di sicurezza e di una stabilità di base (attaccamento sicuro nei confronti delle persone che si prendono cura del bambino).

C

Interpretazione dell'evento traumatico

Quando si presenta qualcosa di improvviso, imprevedibile e fonte di dolore, la nostra mente tenta di dare un senso a ciò che è accaduto per poter correre ai ripari, per evitare e proteggerci da pericoli e attacchi futuri.

Spesso i sopravvissuti producono delle spiegazioni legate alla propria inadeguatezza, irresponsabilità, difettosità, generando contenuti di autoaccusa e auto-svalutazione legati a ciò che è accaduto. A quel punto iniziano a pensare di "essere sbagliati" e/o "di aver fatto qualcosa di sbagliato", convinzioni che contribuiscono ad alimentare l'idea di non essere in grado di affrontare il pericolo e di difendersi.

Quali sono le reazioni al trauma?

Quando si presenta un evento pericoloso e potenzialmente traumatico si innescano delle reazioni fisiologiche in parte differenti da persona a persona ma che la pressoché totalità ha provato nel corso della propria vita.

Queste reazioni interessano tutto il regno animale e rappresentano delle risposte fisiologiche alla minaccia, diventando sintomi traumatici solo nel momento in cui si presentano in maniera cronica e quando non diminuiscono spontaneamente con il passare del tempo.

Il complesso meccanismo della reazione/risposta a un evento traumatico ha quattro componenti principali (Levine, 2002):

1

Iperattivazione

In presenza di una minaccia o in situazioni di conflitto, nelle persone si attivano delle reazioni che consentono di reclutare le risorse energetiche presenti nel nostro corpo allo scopo di fronteggiare il pericolo imminente. Si tratta di un vero e proprio accumulo di energia che poi abbiamo bisogno di scaricare. A livello fisico aumentano il battito cardiaco e la respirazione, vi è tensione muscolare, i pensieri sono accelerati.

2

Contrazione

Quando reagiamo a una situazione minacciosa per la vita, l'iperattivazione è in genere accompagnata dalla contrazione nel corpo e nelle percezioni. La contrazione determina un'alterazione della respirazione, del tono muscolare e della postura. Queste reazioni sono necessarie per poterci difendere e compiere azioni che ci salvino la vita. Non si tratta solo di contrazione nel corpo, perché anche la nostra attenzione si "contrae", nel senso che la consapevolezza è totalmente centrata sulla minaccia (e non sull'intero ambiente circostante).

3

Dissociazione

È una reazione che protegge dall'impatto dell'attivazione del momento, da esperienze che sono insopportabili e intollerabili per la persona. Ci sono diversi livelli d'intensità della dissociazione, che vanno da forme più lievi a forme più estreme. Può essere una sorta di perdita di connessione con il momento presente, può includere alterazioni nella percezione del tempo e dello spazio, una sensazione di distacco dal proprio corpo e da sé. Soprattutto per persone che hanno vissuto esperienze croniche e traumatiche, la dissociazione rappresenta una vera e propria modalità di stare al mondo e di fronteggiare il dolore.

4

Senso d'impotenza

Si tratta di una reale reazione d'irrigidimento necessaria per la sopravvivenza. Il corpo diventa immobile e non ci si può muovere, non si tratta solo di una sensazione o di una percezione d'immobilità. È una reazione che si innesca quando le persone non possono scegliere tra lotta e fuga; non sapendo in che direzione andare e non riuscendo a orientarsi si irrigidiscono.

La somma di queste quattro componenti rappresenta la reazione traumatica. Quando, però, non si presenta più una minaccia concreta e queste reazioni continuano a innescarsi si parla di sintomi traumatici.

L'ipervigilanza, ad esempio, si manifesta perché il nostro cervello è alla costante ricerca di eventuali fonti di pericolo (esterne o interne), nonostante non ci sia una minaccia reale e imminente. O ancora, l'impotenza cronica fa sì che le persone non riescano a esplorare situazioni nuove per paura di essere nuovamente ferite e attaccate.

Gli effetti del trauma

Le conseguenze fisiche

Il trauma è memorizzato e archiviato anche nel corpo. Dal momento che le risposte difensive che si scatenano durante l'esperienza traumatica rimangono impresse a livello corporeo, nella vita di tutti i giorni si presentano le stesse reazioni fisiche (per esempio, i cambiamenti del respiro, del battito cardiaco e del tono muscolare) legate al trauma passato. Il costante stato di minaccia e di allerta fa insorgere sintomi fisici debilitanti e non direttamente riconducibili a cause organiche.

L'esposizione a un evento traumatico, inoltre, determina una vera e propria "vulnerabilità somatica", ed è come se la persona comunicasse il dolore emotivo, che non arriva alla consapevolezza e che è impossibile descrivere a parole, solo attraverso il corpo.

Ecco alcuni esempi dell'ampia costellazione di sintomi fisici riportati dai sopravvissuti:

- mal di testa, problemi al collo, dolore alle anche e agli arti
- asma
- gastrite, colite, nausea, dolori allo stomaco, ulcera
- sindrome del colon irritabile
- intolleranze e allergie alimentari
- problemi al sistema immunitario ed endocrino
- malattie autoimmuni
- malattie dermatologiche

- dolore pelvico cronico
- disturbo dell'erezione
- disturbi dell'orgasmo
- vertigini, capogiri, problemi nell'equilibrio e nella coordinazione
- amnesia
- spasmi, tremori, paralisi
- cecità temporanea, perdita del gusto e dell'olfatto, afonia
- affaticamento cronico

Le conseguenze psicologiche

Un'esperienza percepita come incontrollabile è uno shock violento che fa sperimentare alla persona delle sensazioni e delle emozioni soverchianti, tanto da renderla incapace di accedere alle proprie risorse e alle strategie difensive usuali. Nella quotidianità, le sensazioni sperimentate al momento del trauma travolgono il sopravvissuto improvvisamente, come se la minaccia si stesse ripresentando nel qui e ora. La rottura del senso di sicurezza determina una serie di conseguenze psicologiche legate al cambiamento della percezione di sé, degli altri e del mondo.

I sintomi che si possono sviluppare nei sopravvissuti a un trauma variano da persona a persona, e possono presentarsi in tempi diversi, alcuni a ridosso dell'evento stesso, altri solo molto tempo dopo l'evento traumatico (e per questo motivo non sempre riconosciuti come sintomi traumatici anche da parte di medici e psichiatri).

Ecco alcuni dei principali:

- ipervigilanza
- flashback
- sensibilità alla luce e al rumore
- insonnia
- incubi e terrore notturno
- reazioni emotive e di trasalimento eccessive
- reazioni emotive attenuate o diminuite
- improvvisi sbalzi d'umore e irritabilità
- attacchi di panico, angoscia e fobia
- depressione
- "disconnessione" con il momento presente
- disattenzione
- amnesia
- sensazioni di distacco, alienazione e isolamento
- comportamenti di evitamento
- disregolazione emotiva e comportamenti impulsivi
- attività sessuale eccessiva o ridotta
- dipendenza da sostanze
- disturbi dell'alimentazione
- disturbo ossessivo-compulsivo
- disturbi della personalità, quali il disturbo borderline di personalità, il disturbo evitante e il disturbo narcisistico

Le conseguenze emotive

I sopravvissuti a un trauma sperimentano le emozioni in maniera molto più intensa rispetto agli altri. Come scrive Levine “molte persone traumatizzate sentono di vivere in un inferno personale che non possono condividere con nessun altro”; anche le emozioni intense sperimentate quotidianamente diventano un vero e proprio inferno perché causano ulteriore angoscia, dolore e preoccupazione.

Vediamo insieme le principali conseguenze emotive:

Ansia e paura

I sopravvissuti non si sentono più al sicuro e cambiano la visione del mondo circostante, interpretato come pericoloso. Molti trigger interni ed esterni scatenano i ricordi traumatici, per cui la persona si trova a risperimentare nel “qui e ora” la sensazione di essere di nuovo sotto attacco e inizia a provare, quindi, livelli intensi di paura. Inoltre, l'ansia di potersi di nuovo trovare di fronte alla minaccia mantiene condotte di evitamento che alimentano queste emozioni.

Tristezza e depressione

I sopravvissuti devono convivere quotidianamente con la perdita di “quello che la loro vita sarebbe potuta essere” senza il trauma o di “chi erano” prima del trauma. Si rintraccia una perdita di interesse verso le persone e le attività che una volta trovavano piacevoli o che potrebbero essere per loro piacevoli. La vita e il futuro diventano privi di significato.

Rabbia

Il senso di ingiustizia legato all'aver vissuto un'esperienza dolorosa determina condotte aggressive verso persone che in qualche modo ricordano l'evento traumatico, oppure spinge il soggetto a desiderare di dirigere la propria rabbia verso se stesso (facendosi del male, assumendo droghe e/o alcool, facendo sesso compulsivo, ecc.). Anche la vicinanza e l'intimità con gli altri può essere interpretata in termini negativi in quanto la persona può percepirsi come dipendente e vulnerabile, portandola a interrompere o a deteriorare anche le relazioni più importanti.

Vergogna

L'oggetto della vergogna riguarda il sé, che viene giudicato negativamente. La “brutta cosa” accaduta viene vissuta come la proiezione di un “brutto sé”. Si attiva, dunque, un loop ruminativo di pensieri caratterizzati da contenuti di assenza di valore e di incapacità. Esperienze di vergogna si presentano quotidianamente quando si riattiva il ricordo dell'evento traumatico, in presenza di situazioni sociali in cui si è

esposti a rifiuto e umiliazione da parte dell'altro e/o in presenza di fallimenti. Tutto questo conferma la previsione e la credenza di essere indegni e incapaci di raggiungere obiettivi di vita importanti.

Colpa

Molti sopravvissuti sviluppano una marcata autocritica e si attribuiscono la responsabilità per ciò che hanno subito, e sono anche convinti che la famiglia, gli amici e la società possano attribuire loro la responsabilità di ciò che è accaduto. Tutto questo spinge le persone a mettere in atto gesti riparativi e a prendere provvedimenti in modo che non accada nuovamente qualcosa di terribile.

Disgusto

Il disgusto è un'emozione che sorveglia i confini del sé corporeo, e in molti sopravvissuti non c'è più differenza tra il corpo e il sé. Molti, infatti, sentono di essere costantemente esposti a una minaccia alla propria dignità, alla propria appartenenza a un gruppo, e hanno spesso la percezione di essere “disgustosi”. Per alleviare le sensazioni associate al disgusto insorgono frequentemente sintomi ossessivo-compulsivi.

Le conseguenze nelle relazioni con gli altri

Spesso il trauma si è presentato proprio all'interno della relazione di fiducia, quindi molti sopravvissuti scelgono l'isolamento e hanno difficoltà a creare nuovi legami. Le persone abusate si sentono abbandonate, prive di protezione e conforto.

Quando la fiducia è andata ormai perduta subentra un senso di distacco e di alienazione che pervade ogni relazione, anche quelle con i familiari e le persone più intime.

Il terrore dell'evento traumatico, tuttavia, intensifica il bisogno di attaccamenti protettivi, quindi la persona può oscillare tra isolamento e un ansioso attaccamento agli altri.

Si vengono a instaurare così delle relazioni che fluttuano tra i due estremi. Molte persone, inoltre, non riescono a raccontare la propria storia traumatica perché si sentono in colpa, si vergognano, hanno paura di essere nuovamente ferite, temono di essere giudicate e pensano che nessuno le capirà; ciò le porta a oscillare tra comportamenti di evitamento/isolamento e condotte aggressive verso gli altri.

Le categorie diagnostiche

Per il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) gli effetti di un evento traumatico delineano il quadro sintomatologico definito Disturbo da Stress Post-Traumatico (Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD). Il PTSD è caratterizzato da:

- A**
Sintomi intrusivi correlati all'evento traumatico
 - B**
Evitamento persistente degli stimoli associati al trauma
 - C**
Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento traumatico
 - D**
Marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associate all'evento traumatico
- Si possono anche presentare sintomi dissociativi.

La categoria diagnostica di PTSD, tuttavia, non riesce a descrivere in pieno i multifaccettati sintomi di origine traumatica che presenta chi è stato esposto a traumi relazionali, di lunga durata e durante i primi anni di vita, come nei sopravvissuti ad abusi infantili. È importante sottolineare che non si tratta di una fetta ridotta della popolazione mondiale, in quanto i dati dell'OMS mostrano che il 22.6% degli adulti è stato abusato fisicamente durante l'infanzia, il 36.3% ha subito abusi emotivi, il 16.3% ha subito trascuratezza, il 18% delle donne e il 7.6% degli uomini è stato abusato sessualmente (WHO, 2014).

Nell'undicesima versione della International Classification of Diseases (ICD-11), la World Health Organization (WHO) ha inserito una nuova categoria diagnostica: il Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (C-PTSD - Complex Post-Traumatic Stress Disorder).

Judith Herman (2015) afferma che un reiterato attacco al sé durante l'infanzia e una storia di traumi interpersonali determinano degli effetti a lungo termine sullo sviluppo cerebrale, sui sistemi di significato, sui comportamenti che vengono utilizzati per proteggersi e fronteggiare il dolore e il pericolo. I sopravvissuti presentano cambiamenti profondi nella loro personalità, alterazioni nella propria identità e nella capacità di instaurare/mantenere relazioni con gli altri.

Il C-PTSD, secondo la Herman, è caratterizzato da:

1
Una storia di soggezione a un controllo totalitario lungo un periodo prolungato di tempo (da mesi ad anni). Esempi includono ostaggi, prigionieri di guerra, sopravvissuti a campi di concentramento. Altri esempi riguardano coloro che sono soggetti a sistemi totalitari nella vita domestica e sessuale, tra cui violenza domestica, abuso fisico o sessuale infantile e sfruttamento sessuale organizzato.

2
Alterazioni della regolazione emotiva, tra cui:

- Disforia persistente
- Preoccupazione suicidaria cronica
- Autolesionismo
- Rabbia esplosiva e/o molto inibita
- Sessualità compulsiva e/o molto inibita

3
Alterazioni della coscienza, tra cui:

- Amnesia o ipermnesia degli eventi traumatici
- Episodi dissociativi transitori
- Depersonalizzazione/Derealizzazione
- Ri-esperienza del trauma, sia sotto forma di sintomi intrusivi del disturbo da stress post-traumatico sia come rimuginio e/o ruminazione

4
Alterazioni nella percezione di sé, tra cui:

- Senso di impotenza o paralisi di iniziativa
- Vergogna e senso di colpa
- Senso di stigma
- Sensazione di totale diversità dagli altri (può includere un senso di specialità, assoluta solitudine, convinzione che nessun altro possa capirli o identità non umana)

5
Alterazioni nella percezione del colpevole, tra cui:

- Preoccupazione per la relazione con il colpevole (include preoccupazione con vendetta)
- Attribuzione irrealistica del potere totale al colpevole
- Idealizzazione o gratitudine paradossale
- Sensazione di relazione speciale o soprannaturale
- Accettazione del sistema di convinzioni o razionalizzazioni del colpevole

6
Alterazioni nelle relazioni con gli altri, tra cui:

- Isolamento e ritiro
- Distruzione delle relazioni intime
- Ricerca ripetuta del salvatore (si può alternare con isolamento e ritiro)
- Sfiducia persistente
- Ripetuti fallimenti di auto-protezione

7
Alterazioni nei sistemi di significato:

- Perdita della fede e della fiducia
- Senso di disperazione

Modulo 2

Il trattamento

Il percorso di guarigione

La psicoterapia

Un breve esercizio

Il percorso di guarigione

Le ferite e le conseguenze dolorose che riportano i sopravvissuti a esperienze traumatiche possono essere diverse a seconda di:

- Durata, frequenza e intensità degli episodi
- Età in cui l'evento traumatico si presenta
- Tipo di evento traumatico

Per intervenire sui sintomi traumatici non si deve necessariamente rivangare i ricordi dolorosi perché questo potrebbe essere ri-traumatizzante.

Le persone vanno, invece, aiutate a essere consapevoli e a entrare in contatto con le numerose risorse che hanno a loro disposizione, per usarle nella vita quotidiana e iniziare a cambiare le proprie reazioni automatiche quando risultano inefficaci.

La chiave d'accesso per la guarigione risiede nella fisiologia, nelle reazioni istintive che il nostro cervello innesca di fronte a una minaccia e di cui non siamo consapevoli.

Per entrare in contatto con i sintomi traumatici, come detto sopra, non è necessario affrontare direttamente il contenuto traumatico (anche perché in molti casi non ci sono ricordi chiari o narrabili a parole), ma basta soffermarsi sulle sensazioni interiori e su ciò che si prova nel corpo in un determinato momento (felt sense) aumentandone la consapevolezza (Mindfulness).

Non è possibile cambiare il passato, quindi è necessario aumentare la capacità di stare nel momento presente (con la Mindfulness) per vivere ogni istante con disponibilità, curiosità e accettazione in modo che possa diventare un'opportunità di crescita.

La persona viene aiutata a prendersi cura del proprio corpo e della propria mente per poi trovare nuove possibilità future e obiettivi di vita.

Elemento centrale del processo di guarigione è aumentare la capacità di integrare le parti e i frammenti di sé che sono rimasti bloccati e congelati al momento del trauma, per recuperare un sé unitario e coeso.

Un contributo importante per il processo di guarigione è quello fornito da familiari e amici (quando possibile) ma anche dai membri della comunità, di cui un esempio è il supporto fornito dalla onlus Il Vaso di Pandora.

La Speranza dopo il Trauma (www.ilvasodipandora.org).

La narrazione della storia traumatica e il supporto sociale, infatti, riducono la sofferenza e avviano il processo di guarigione. I gruppi di auto-mutuo aiuto per chi ha vissuto esperienze traumatiche rappresentano un supporto importante perché la condivisione diminuisce l'isolamento e il senso di non appartenenza.

La psicoterapia

Per quanto riguarda il trattamento psicoterapeutico, esistono molti interventi che possono essere utilizzati a seconda del quadro sintomatologico del paziente, del tipo di trauma subito, e degli specifici livelli di sofferenza che si sperimentano quotidianamente.

Il trattamento deve essere “cucito su misura” per la persona. Per fare un esempio, trattare i sintomi di soggetti che sono stati esposti a disastri naturali o incidenti automobilistici è molto diverso dal trattare i sintomi pervasivi causati da abuso sessuale e/o emotivo nell’infanzia, perché ci si trova ad affrontare “ferite” diverse, che hanno un impatto differente sul corpo e sulla mente.

Gli approcci esistenti si diversificano per il focus del trattamento: la mente (la parte cognitiva), le emozioni e/o il corpo. Alcuni interventi, infatti, sono maggiormente centrati sul corpo e si basano sul principio di regolazione bottom-up delle emozioni.

Le esperienze traumatiche, infatti, vengono memorizzate a livello di schemi corporei.

In molte persone il trauma è continuamente “rivissuto” a livello fisico, quindi si presenta un continuo stato di attivazione nel corpo.

Interventi centrati sull’esperienza propriocettiva ed enterocettiva consentono di acquisire maggiore consapevolezza del proprio corpo e migliorano così la regolazione emotiva soprattutto in situazioni in cui si innescano reazioni di fuga e paura.

Altri approcci, invece, sono maggiormente finalizzati a una regolazione di tipo top-down, per cui viene rafforzata la capacità della “torre di controllo” (la corteccia frontale) per modulare emozioni e sensazioni fisiche lavorando direttamente sulla mente e sui contenuti di pensiero.

Nel complesso, l’intervento terapeutico si articola in tre fasi, ricorrenti e orientate a ridurre la “dissociazione strutturale” della personalità, causata dal trauma. Secondo Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis e Kathy Steele, i disturbi di origine traumatica, infatti, possono essere spiegati come la risultante di un processo di “dissociazione strutturale” della personalità; quest’ultima si organizzerebbe in più parti separate, non integrate e rigide, tra loro differenti e mal comunicanti, e ognuna con un proprio ruolo.

Nello specifico, una o più “Parti Emotive” (EP – Emotional Personality) rimangono bloccate al momento del trauma, mentre una “Parte Apparentemente Normale” (ANP – Apparently Normal Personality), che nel Disturbo Dissociativo dell’Identità può essere più di una, assume la funzione di guida, consentendo il normale svolgimento delle attività quotidiane.

Le parti emotive, invece, hanno il compito di proteggere la persona dai pericoli e, per farlo, utilizzano le stesse strategie difensive adottate al momento dell’evento traumatico. Possiamo immaginarle come dei “bambini interiori”, spesso volte in conflitto tra loro e con

cui il sopravvissuto evita di entrare in contatto, dal momento che possono generare forte autocritica, autoinvalidazione ed emozioni dolorose percepite come intollerabili.

Nel corso del trattamento, la persona viene aiutata a comprendere che ogni parte assolve a una funzione protettiva e possiede delle risorse; prendere consapevolezza di questo e accettarlo, consente di sviluppare empatia, compassione e comprensione verso di esse.

L’intervento, dunque, è mirato al superamento della fobia delle memorie traumatiche fra le diverse parti della personalità e all’integrazione di queste all’interno della stessa, al fine di migliorare il funzionamento quotidiano.

Fase 1**La stabilizzazione dei sintomi**

La prima fase è dedicata alla stabilizzazione e alla riduzione dei sintomi, per aiutare le persone a essere più efficaci nella vita quotidiana.

Un'esperienza traumatica percepita come incontrollabile rappresenta per la persona uno shock violento, al punto da farle sperimentare delle sensazioni e delle emozioni soverchianti e ingestibili, che la rendono incapace di accedere alle proprie risorse e strategie difensive usuali. In questa fase del trattamento la persona viene aiutata a regolare le emozioni, a interrompere i comportamenti disfunzionali, a prendersi cura di sé, a ridurre la vulnerabilità alla mente emotiva (p.e., mantenendo il sonno più regolare, seguendo una dieta alimentare sana, aumentando i livelli di attività fisica, praticando la Mindfulness), e a gestire i sintomi dissociativi.

Dove necessario, viene messa in sicurezza (p.e., attraverso l'inibizione degli impulsi autolesivi e/o suicidari) e, successivamente, supportata nel raggiungimento di una finestra di tolleranza maggiormente ampia che prevenga l'iperattivazione fisiologica o lo spegnimento (shut down).

In questa prima fase, quindi, il lavoro terapeutico si concentra sul riconoscimento delle risorse interne ed esterne; sull'identificazione dei pensieri, delle emozioni e delle sensazioni fisiche; e sull'acquisizione di competenze di regolazione dell'attivazione fisiologica, utili anche nella fase successiva quando si lavorerà sulle esperienze traumatiche.

Così facendo, il sopravvissuto avrà accesso alle parti più funzionali di sé e avrà modo di sperimentare un maggior senso di padronanza e autoefficacia, associati a una condizione di sicurezza interna ed esterna, via via emergenti. Interventi particolarmente indicati per questa fase sono: la Psicoeducazione, la TCC (Terapia Cognitivo-Comportamentale), la DBT (Dialectical Behavior Therapy), il protocollo MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) per il trauma, lo Yoga per il trauma e la Psicoterapia Sensomotiva. Per ulteriori approfondimenti e per conoscere tutti gli interventi rivolti al trauma consultare <https://www.istituto-beck.com/trauma-abuso>.

Psicoeducazione

L'inizio del trattamento prevede una fase psicoeducativa, attraverso la quale viene spiegato alla persona in che modo si è sviluppato il disturbo, cosa lo mantiene in vita e lo alimenta e quali sono i sintomi che lo caratterizzano.

È bene sottolineare che la psicoeducazione rappresenta un intervento ricorsivo, che accompagna non solo la primissima fase del trattamento, ma anche e necessariamente tutte le fasi successive. A seconda della diversa tipologia di trauma subito (p.e., da catastrofi naturali, da attaccamento, sessuale, ecc.), il terapeuta consiglierà la lettura di opuscoli, libri o manuali specifici, affinché la psicoeducazione risulti mirata. Dal momento che i sopravvissuti al trauma sperimentano le emozioni in maniera molto più intensa rispetto agli

altri, solitamente si rivela particolarmente utile procedere anche con una psicoeducazione sulle emozioni che spieghi: cosa sono, cosa ci comunicano, come influenzano il corpo e come organizzano il nostro comportamento e il rapporto con gli altri.

Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC)

Oltre alla fase psicoeducativa, che è un elemento centrale della TCC, risulta fondamentale spiegare in che modo è possibile prendersi cura di sé quotidianamente, al fine di ridurre la vulnerabilità della persona e i sintomi somatici che spesso alimentano la sofferenza.

A tal proposito, si lavora sul miglioramento del proprio stile di vita, attraverso la costruzione di corrette e sane abitudini che coinvolgono: l'attivazione comportamentale, l'igiene del sonno, l'alimentazione e le skills (abilità) di gestione dei sintomi dissociativi. Nello specifico, l'attivazione comportamentale coinvolge tre categorie di attività: attività piacevoli; attività significative; attività fisica. Per cui, si invita la persona a dedicare nuovamente del tempo ad attività, anche piccole, che le consentano di sperimentare esperienze positive di piacevolezza e gratificazione. In molti casi il PTSD o il C-PTSD viene percepito come un ostacolo per il raggiungimento dei propri scopi di vita; al fine di ricostruire e restituire un senso di progettualità, viene delineato col terapeuta un piano di azione che permetta alla persona di svolgere attività significative (p.e., lavorative, scolastiche), in linea

coi propri valori personali.

Inoltre, per regolare le emozioni e ridurre la vulnerabilità è necessario fare esercizio fisico quotidianamente (p.e., una camminata veloce di almeno 30 minuti), perché l'attività fisica consente anche il rilascio delle endorfine. Risulta anche importante seguire alcune indicazioni generali per una sana e corretta alimentazione, al fine di aumentare le proprie energie e risorse per affrontare lo stress e la sofferenza. Vengono poi suggerite delle skills per aiutare la persona a organizzare il tempo a disposizione, a pianificare le attività e a rimanere "ancorata" nel momento presente, attraverso la Mindfulness.

Dialectical Behavior Therapy (DBT)

La DBT è un trattamento cognitivo-comportamentale, ideato da Marsha Linehan, che integra alcuni interventi tipici della Terapia Cognitivo-Comportamentale con approcci basati sulla Mindfulness.

All'interno della terapia del trauma, la DBT fornisce una serie di abilità comportamentali, cognitive ed emotive, volte a promuovere: la regolazione delle emozioni soverchianti, spaventose e spiacevoli; la tolleranza allo stress; l'accettazione della realtà; e il miglioramento delle relazioni.

La DBT aiuta i sopravvissuti a gestire una serie di comportamenti problematici messi in atto, spesso inconsapevolmente, al fine di tollerare la propria condizione di sofferenza. Chi è vittima di un'esperienza traumatica, infatti, cerca di evitare o di interrompere il più possi-

bile pensieri, emozioni intense e sensazioni fisiche dolorose connesse al trauma. Questo meccanismo, però, non fa che alimentare e mantenere il proprio malessere. Attraverso l'utilizzo della Mindfulness, è possibile imparare a portare consapevolmente l'attenzione alle proprie sensazioni corporee ed emozioni (p.e., rabbia, tristezza, angoscia) e a tollerarle, anche se risultano sgradevoli. Tutto questo favorirà una maggiore consapevolezza delle proprie esperienze interne e degli stimoli che scatenano i ricordi traumatici; produrrà una riduzione dei comportamenti problematici o impulsivi (p.e., abbuffate, atti autolesivi, abuso di droghe e/o alcol, guida spericolata, condotte sessuali a rischio, gioco d'azzardo); faciliterà gli interventi di esposizione (p.e., nel PTSD) e ridurrà l'evitamento delle memorie traumatiche o delle emozioni intense a esse associate. Tutto questo servirà per far sì che la persona sviluppi una maggiore capacità di accettazione nei confronti di ciò che non può essere modificato, che appartiene al passato e che rappresenta una limitazione per il futuro.

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) per il trauma

L'MBSR è un programma, ideato da Jon Kabat-Zinn, che risulta particolarmente indicato, con una formula specifica, per modulare i sintomi associati a un vissuto traumatico. La pratica della Mindfulness, infatti, agisce sul sistema nervoso e sulla risposta parasimpatica, riducendo l'arousal e la reattività. Attraverso l'invito a rimanere nel

momento presente, fa sì che la persona entri in contatto con le memorie intrusive e i sintomi fisici, imparando a non giudicarli o a reagire automaticamente a essi. La pratica della Mindfulness, infatti, consente di ridurre la messa in atto di strategie di coping maladattive (p.e., l'evitamento, il perfezionismo o la dissociazione) in presenza dei flashback o degli stimoli target. Questo consentirà di sviluppare un maggiore controllo di sé e dell'ambiente. Si tratta di un incontro diretto con gli effetti (sulla mente e sul corpo) dell'esposizione al trauma, così come emergono nel qui e ora.

Lo Yoga per il trauma

Lo Yoga per il trauma, rispetto agli altri approcci sopra descritti, si focalizza esclusivamente sul corpo ed è caratterizzato da una serie di esercizi specificamente strutturati e appositamente ideati dall'Istituto Beck per chi ha vissuto esperienze traumatiche.

Questo perché l'esperienza traumatica, specie nelle vittime di abuso, rimane impressa e archiviata a livello corporeo e, seppure appartenente al passato, attraverso le sue intollerabili sensazioni fisiche rappresenta una fonte di sofferenza quotidiana.

Lo Yoga consente di prendere consapevolezza del proprio corpo e di sperimentarlo in tutta sicurezza, attraverso la focalizzazione della propria attenzione sui processi motori. Questo lavoro, declinato per il trauma, porta a una riduzione della tensione e dell'iperarousal fisiologico e consente di sviluppare

un'interpretazione più efficace degli stati fisiologici ed emotivi dell'esperienza subita. Infatti, molti sopravvissuti tendono a interpretare il proprio corpo come qualcosa che non appartiene loro e dal quale è necessario disconnettersi. Riconnettendosi col proprio corpo, invece, è possibile sperimentarlo come una risorsa; e una volta che la persona avrà imparato a tollerarlo, potrà scegliere quale movimento effettuare (p.e., esercizi di respirazione o movimenti dolci appresi) in risposta alla sensazione fisica spiacevole emergente, così da testare un'esperienza di maggiore calma e benessere.

Psicoterapia Sensomotoria

La Psicoterapia Sensomotoria è stata sviluppata negli anni Ottanta da Pat Ogden. Inizialmente, nacque come una nuova forma di psicoterapia corporea, per poi divenire progressivamente un approccio psicoterapeutico integrato, particolarmente efficace nei disturbi post-traumatici da stress.

La Psicoterapia Sensomotoria considera l'esperienza corporea come il fondamento/fulcro del lavoro terapeutico; per cui, a differenza di altri approcci, utilizza specifici strumenti di intervento rivolti al corpo. Interviene direttamente sulla fisiologia del trauma, facilitando il processamento delle memorie implicite e aiutando la persona a regolare i livelli di "arousal" del proprio sistema nervoso autonomo.

Per poter processare la memoria traumatica il sopravvissuto, infatti, deve apprendere a rimanere nella "finestra di

tolleranza", ovvero all'interno della zona di arousal ottimale compresa tra due stati fisiologici estremi: l'iper-arousal e l'ipo-arousal.

Nel momento in cui il soggetto riesce a percepire il proprio stato fisiologico (associato al trauma) come tollerabile e gestibile, allora l'informazione può essere integrata, non solo a livello sensorio-motorio, ma anche sotto il profilo cognitivo ed emotivo.

Al fine di sviluppare e mantenere la finestra di tolleranza stabile e ampia, vengono utilizzati gli interventi Mindfulness-based.

Grazie al costante monitoraggio dei movimenti corporei e delle sensazioni che emergono "nel qui e ora", le persone iniziano a prestare attenzione alle proprie risposte difensive che possono essere esplorate in completa sicurezza. Il focalizzarsi su nuove azioni fisiche (non difensive) e risorse, inoltre, consente di scoprire nuove strategie difensive, che possono rivelarsi maggiormente funzionali rispetto a quelle passate.

Lavorando sulle sensazioni fisiche, sulle posture e sui movimenti è possibile elaborare i ricordi traumatici e divenire, gradualmente, consapevoli della stretta relazione esistente tra il corpo, i pensieri e le emozioni.

Così facendo, il passato può ritrovare la sua giusta collocazione, ovvero nel passato.

Fase 2**Il lavoro sulle memorie traumatiche**

La seconda fase è rivolta al trattamento delle memorie traumatiche e dei pensieri ed emozioni a esse associati. Nella quotidianità, le sensazioni sperimentate al momento del trauma travolgono il sopravvissuto improvvisamente, come se la minaccia si stesse ripresentando nel qui e ora.

La mente, di fronte a esperienze legate a un pericolo imminente, indietreggia e l'evento traumatico viene spesso bandito dalla coscienza. Il suo ricordo è frammentato, non integrato, sensoriale, e si manifesta attraverso delle sensazioni fisiche travolgenti e dolorose, immagini intrusive, emozioni intollerabili e improvvise. La storia del trauma si manifesta spesso in una narrazione incoerente e frammentata, che non ha un inizio, un centro e una fine.

In questa fase del trattamento, la persona viene aiutata a processare ed elaborare il materiale traumatico, così da lasciare il passato nel passato. In questo modo, essa otterrà un maggior controllo sulle proprie esperienze e una migliore comprensione della propria storia personale e di sé.

Interventi di rinomata efficacia sono: EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) e il Protocollo di Esposizione Prolungata per il PTSD semplice (Prolonged Exposure Therapy – PE).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR è una procedura clinica, ideata da Francine Shapiro, che utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione bilaterale (p.e., tattile o uditiva) per aiutare il sistema cerebrale a integrare le informazioni bloccate al momento del trauma. Durante la focalizzazione di alcuni elementi del ricordo traumatico si alterna la stimolazione bilaterale, grazie alla quale le memorie traumatiche possono essere rielaborate. Rappresenta una delle tecniche, di comprovata efficacia clinica, maggiormente raccomandate per trattare il trauma. Attraverso l'EMDR, pensieri, emozioni e sensazioni giungono alla consapevolezza e possono essere integrati e ri-organizzati con le restanti informazioni a disposizione del cervello. I sintomi di iper-arousal diminuiscono e le sensazioni minacciose, sperimentate durante l'EMDR, possono essere collocate nel tempo e nello spazio appropriati. L'EMDR, dunque, “attiva e ripara” i processi regolatori danneggiati.

Protocollo di Esposizione Prolungata (Prolonged Exposure Therapy – PE)

Il Protocollo di Esposizione Prolungata, messo a punto da Edna Foa e collaboratori, favorisce il processamento emotivo degli eventi traumatici, aiutando la persona ad affrontare le memorie traumatiche e le situazioni a esse associate. È un intervento di rinomata efficacia rivolto a pazienti con PTSD semplice. L'obiettivo che si propone è quello di mostrare alla persona con PTSD che,

sebbene l'evitamento nel breve termine contribuisca a ridurre l'ansia, nel lungo termine comporta l'incremento e il mantenimento della stessa.

Attraverso il PE, le persone hanno, così, la possibilità di sperimentare il trauma “in sicurezza”, come se si stesse verificando nel qui e ora, e di tollerare la sofferenza evocata (p.e., l'ansia), la quale decresce nel tempo. Così facendo, è possibile comprendere che le situazioni traumatiche non sono pericolose di per sé e che i sintomi associati possono essere tollerati. La ripetizione dell'evento, inoltre, aiuta a discriminare tra presente e passato.

Il protocollo prevede due tipi di interventi: l'esposizione in vivo e/o l'esposizione immaginativa.

Durante l'esposizione in vivo il sopravvissuto si confronta più volte con situazioni (p.e., il luogo dove è accaduto l'evento traumatico) che solitamente evita al fine di non sperimentare sintomi (p.e., pensieri intrusivi, flashback, dissociazione) ed emozioni dolorose (p.e., paura) associati al trauma.

Con le esposizioni immaginative il sopravvissuto si confronta, in maniera prolungata e ripetuta, con il ricordo dell'evento traumatico.

La memoria traumatica, infatti, viene narrata focalizzandosi su reazioni fisiche, pensieri ed emozioni.

Fase 3

L'integrazione della personalità e la riabilitazione della persona per superare le paure di una "vita normale" e dell'intimità

La terza fase aiuta la persona a superare le paure che subentrano nella vita di tutti i giorni e, soprattutto, a costruire e a mantenere le proprie relazioni, attraverso la condivisione e l'aumento dei livelli di intimità con gli altri.

Infatti, spesse volte il trauma si è presentato proprio all'interno della relazione, per cui molti sopravvissuti hanno scelto l'isolamento e oggi hanno difficoltà a creare nuovi legami caratterizzati da supporto e fiducia. Molti altri, inoltre, non riescono a raccontare la propria storia traumatica perché si sentono in colpa, si vergognano, hanno paura di essere nuovamente feriti, temono di essere giudicati e pensano che nessuno li capirà.

In questa fase, dunque, ci si concentra sullo sviluppo e sull'utilizzo di nuove strategie di fronteggiamento, che non siano più basate sulle convinzioni protettive e disfunzionali riguardo sé, gli altri e il mondo, che si sono strutturate a partire dalle prime esperienze traumatiche.

Generalmente all'inizio di questa fase si presentano delle oscillazioni spontanee di andata e ritorno tra la fase II e la fase III (van der Hart et al., 2011).

Per le vittime di abusi sessuali, il lavoro in questa fase si estenderà anche alla sfera della sessualità e, in particolar modo, all'immagine corporea e al superamento della fobia dell'intimità.

Infatti, queste persone presentano spesso associazioni, flashback o ricordi collegati a specifici aspetti dell'abuso sessuale.

Il corpo non dimentica l'abuso subito, e la vicinanza dell'altro può riattivare l'innescamento di pensieri, emozioni e sensazioni fisiche sgradevoli, intollerabili e difficilmente gestibili. Tutto ciò non fa altro che incidere sui livelli di desiderio e trasformare ogni contatto fisico o sessuale in fonti di profonda preoccupazione e sofferenza.

Un altro aspetto su cui si lavora in tutte e tre le fasi, ma soprattutto in questa, è la compassione. Con questo termine, si intende un atteggiamento mentale che prevede aspetti come la sensibilità, la gentilezza, l'accoglienza, l'amore e l'accudimento verso se stessi e gli altri. Ci si impegna, così, ad essere compassionevoli verso ogni emozione, sensazione e pensiero. La compassione per se stessi, nei confronti di ogni critica, rimprovero, dolore, vergogna o asprezza, invita a riflettere sul fatto che si è vulnerabili. E imparare ad accettare che ci sono dei momenti davvero complicati e che la propria vulnerabilità può essere sperimentata in sicurezza, aiuta a nutrire maggiore compassione e valore verso se stessi, riducendo l'autocritica che alimenta la sofferenza dei sopravvissuti.

Conclusioni

Abbiamo visto cos'è il trauma, quali sono le sue caratteristiche, come si sviluppa, quali sono le sue modalità di espressione e i trattamenti elettivi maggiormente utilizzati.

Concludendo, possiamo affermare che il trauma sopraggiunge quando un evento improvviso e inaspettato genera nella vittima una visione di sé come impotente e priva di risorse.

Di fronte alla minaccia soverchiante, la persona struttura una reazione traumatica, il cui nucleo è caratterizzato dalla somma di quattro componenti principali: iperattivazione, contrazione, dissociazione e irrigidimento/immobilità.

Quando queste reazioni continuano a innescarsi nonostante non ci sia più una minaccia concreta, si parla di sintomi traumatici, ovvero delle vere e proprie ferite in grado di alterare il funzionamento quotidiano.

Il trattamento per chi ha vissuto esperienze traumatiche è orientato a ripristinare il senso di sicurezza venuto meno all'interno della quotidianità.

Al sopravvissuto viene insegnato a modulare e gestire il senso di impotenza derivante dal pericolo passato, e a sospendere la messa in atto di comportamenti protettivi rivelatisi disfunzionali.

Il percorso di guarigione è un cammino che può durare tutta la vita, ma che aiuta la persona a ricollocare la propria esperienza nel passato e a riprendere in mano le redini della propria esistenza, rendendola così più piena e ricca di significato.

Solo così si potrà parlare di crescita post-traumatica.

Bibliografia

American Psychiatric Association.
(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Cori, J.L. (2008). *Healing from Trauma: A Survivor's Guide to Understanding Your Symptoms and Reclaiming Your Life*. Paperback.

Herman, J. (2015). *Trauma and Recovery. The aftermath of violence – From domestic abuse to political terror*. Basic Books.

Levine, P.A. (2002). *Traumi e Shock Emotivi - Come uscire dall'incubo di violenze, incidenti e esperienze angosciose*. Macro edizioni.

Ogden, P. & Fisher, J. (2016). *Psicoterapia sensomotiva. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore.

OMS (World Health Organization)
(2014). *Global status report on violence prevention*.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2011). *Fantasmi nel sè. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina.



Istituto A.T.BECK

Terapia Cognitivo - Comportamentale

Direttore

Dott.ssa Antonella Montano

antonellamontano@istitutobeck.it

piazza San Bernardo 109, 00187 Roma

telefono 06 4819817

fax 06 4828665

via Gioberti 54, 00185 Roma

telefono 06 44703820

fax 06 49382241

www.istitutobeck.com