

ESPERIENZE CHE LASCIANO IL SEGNO:

L'ELABORAZIONE DEL TRAUMA

FRA CORPO E MENTE



Dr. Rachele Nanni – Psicoterapeuta 347-1211409

L'ESPERIENZA TRAUMATICA

Gli eventi potenzialmente traumatici sono innumerevoli e di natura soggettivamente differenziata.

Vengono definiti traumatici (DSM IV) quegli eventi caratterizzati dall'esperienza, diretta o indiretta che implichi la morte o una minaccia estrema dell'incolumità psicofisica propria o di un'altra persona cara.

L'esperienza traumatica attiva risposte di paura estreme caratterizzate da reazioni di orrore, spavento o “congelamento”.



L'ESPERIENZA TRAUMATICA

Il trauma psichico è una **REAZIONE SOGGETTIVA** all'esperienza di essere sopraffatti da emozioni molto dolorose ed intollerabili.

- ✗ Causata da un evento stressante di natura estrema (minacce o lesioni all'integrità psico-fisica)
- ✗ Causata da una serie di micro-traumi relazionali avvenuti nella prime fasi dello sviluppo emotivo che si sono stabilmente ripetuti nel tempo.



Da cui derivano una
DISORGANIZZAZIONE ed una **DISREGOLAZIONE**
dell'esperienza di Sé.

SINTOMI DA DISTURBO DA STRESS POST TRUMATICO

X SINTOMI DI RE-EXPERIENCING - ricordi intrusivi, incubi, flashback, fenomeni dissociativi, disagio fisico e psicologico che si accompagnano o meno alla sensazione di rivivere l'evento.

X SINTOMI DI EVITAMENTO E CONFUSIONE – evitamento di pensieri, emozioni, conversazioni associate all'evento, luoghi e persone con incapacità a rievocare aspetti importanti dell'evento.

X SINTOMI DI IPERATTIVAZIONE EMOTIVA – insonnia, irritabilità, scarsa concentrazione, scatti di rabbia, stati di allerta.

E' frequente la presenza di stati ansiosi, depressivi, di disturbi somatoformi come il dolore cronico, l'affaticabilità, dispercezioni corporee, senso di irrealtà, sensazione di vedere se stessi dall'esterno, perdita di contatto con l'ambiente circostante.

Le differenze personali e culturali durante e dopo gli eventi traumatici sono essenziali per capire perché i superstiti possono presentare reazioni di tipo diverso a ciò che sembra essere la stessa calamità.

TIPO DI EVENTO: intensità dell'evento, imprevedibilità e di ripetizione, minaccia di morte, gravità ed estensione dei danni, valore simbolico dei contesti interessati

VARIABILI INTRA-PSICHICHE: fattori di rischio sembrano essere bassa autostima, bassa percezione di controllabilità degli eventi, elevata reattività psicosomatica, preesistenti disturbi di personalità, tendenza a fronteggiare problemi emotivi con strategie di ipercontrollo ed evitamento, disfunzionamento relazionale, precedenti traumi specialmente se non superati,



RISORSE INTERPERSONALI DISPONIBILI: qualità/tempestività degli interventi di aiuto, relazioni sociali che forniscano la condivisione emotiva, collaborazione della rete sociale nel postemergenza.



Secondo uno studio su vasta scala rappresentativo della popolazione statunitense il **60%** degli uomini ed il **50%** delle donne fanno esperienza di un evento traumatico almeno una volta nella vita

ma solo il **5%** degli uomini ed il **10%** delle donne sembrano sviluppare

Disturbo Post Traumatico da Stress

Solo una piccola percentuale di casi sviluppano reazioni patologiche croniche a livello fisico e mentale in presenza di eventi catastrofici.

Esistono differenze individuali nel sistema di risposta al pericolo e, di conseguenza nella capacità di affrontare gli eventi avversi.

L'ESPERIENZA TRAUMATICA

La natura di tali eventi è connessa al sentimento di perdita irrecuperabile percepita come fallimento, impotenza, delusione, abbandono o rifiuto:

come nel caso del lutto, della menomazione fisica, del maltrattamento, dell'abuso sessuale o dell'incidente con grave rischio della propria incolumità, nelle calamità naturali o belliche.

**Il carattere TRAUMATICO
di un evento è determinato in modo rilevante dalla percezione di
INELUTTABILITA' ed IMPOTENZA
che l'individuo si attribuisce nel far fronte alle sue conseguenze**

**Fattori di
fragilità**

**Fattori di fragilità
connessi alla storia di
sviluppo e
all'organizzazione di
personalità**

**Fattori di fragilità
connessi alla
percezione
dell'evento
traumatico**



***ESITO SINTOMATOLOGICO
DELL'EVENTO TRAUMATICO***



DISSOCIAZIONE

- X Il termine “dissociazione” è usato per caratterizzare sistemi o moduli mentali che non sono accessibili alla coscienza, e che non sono integrati con la memoria dichiarativa, l’identità e la volontà consce dell’individuo.**
- X La dissociazione è vista come un meccanismo di difesa che provoca svariati fenomeni, come l’amnesia o l’insensibilità a dolori fisici o psicologici, o altre alterazioni della coscienza, inclusa una cronica perdita di integrazione della personalità, come avviene, ad esempio, con il disturbo dissociativo dell’identità.**
- X La dissociazione, in questa accezione, indica particolari alterazioni dell’esperienza fenomenica o stati di alterazione di coscienza caratterizzati dal senso di scollegamento, mancata integrazione e connessione con se stessi o con l’ambiente esterno e con ciò che in esso accade.**

TRAUMA E SISTEMI DI MEMORIA

MEMORIA NON DICHIARATIVA

SENSORIALE

Immagini mentali
connesse all'evento

ELABORAZIONE
INCONSCIA, RAPIDA E
PROTETTIVA

PROCEDURALE

Reazioni automatizzate
largamente inconsapevoli

MEMORIA DI LAVORO

*Capacità di elaborare le informazioni, integrarle per
giungere a ragionamenti più complessi*

MEMORIA DICHIARATIVA

EPISODICA

Il ricorso
dell'evento

ELABORAZIONE
CONSAPEVOLE, AREE
CORTICALI ASSOCIATIVE

SEMANTICA

Il significato
esplicito attribuito
all'evento

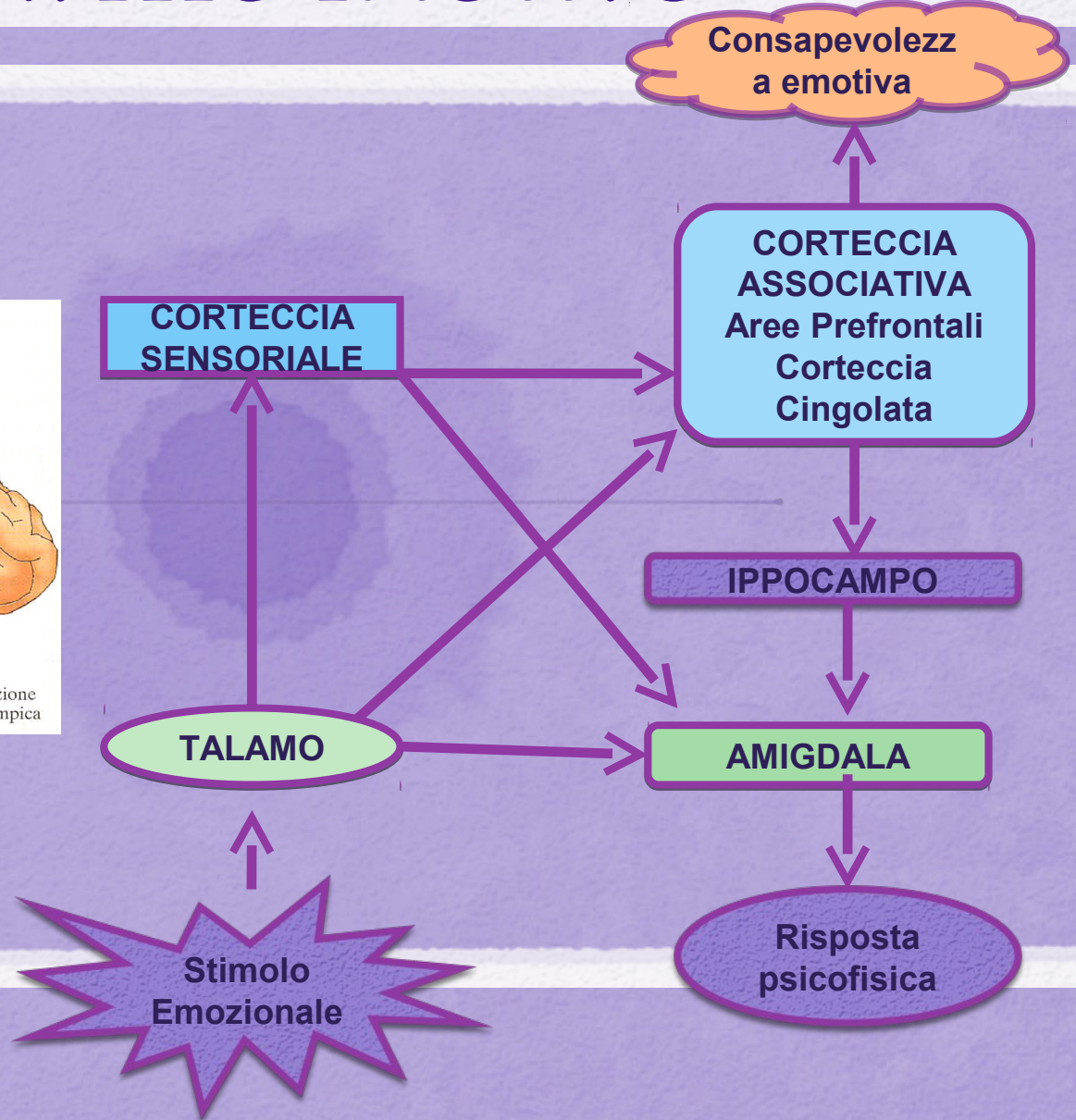
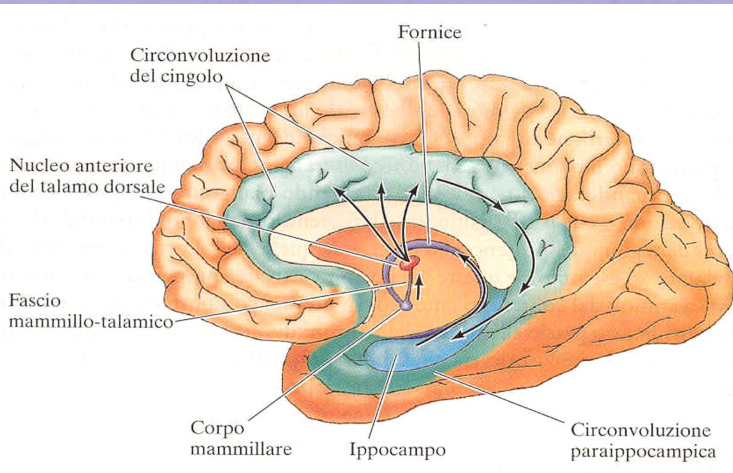
Quando gli individui si sentono minacciati spesso sperimentano una contrazione significativa dello stato di coscienza e rimangono concentrati solo sui dettagli percettivi centrali.

Un'emozione violenta può interferire con il normale processo di elaborazione dell'informazione e con la sua integrazione nei diversi sistemi di memoria.

L'esperienza traumatica con i suoi ricordi, i pensieri, le emozioni e reazioni rimane "dissociata" dallo stato di coscienza ordinaria e continua a manifestare la sua presenza in modo disorganizzato e spesso incomprensibile.



IL CERVELLO EMOTIVO



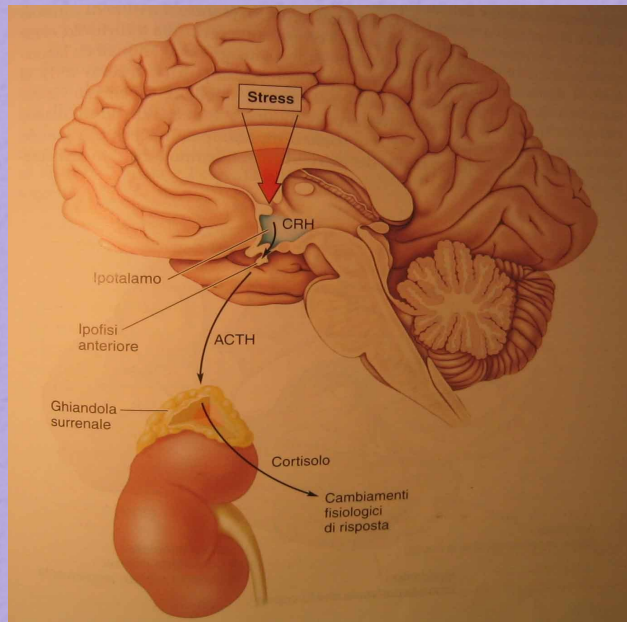
VARIAZIONI FISIOLOGICHE

- X Aumento delle catecolamine urinarie**
- X Diminuzione dei livelli di glucocorticoidi inattivi**
- X Diminuzione della risposta glucocorticoide allo stress**
- X Sotto-regolazione dei recettori glucocorticoidi**
- X Diminuzione attività serotoninergica negli animali traumatizzati**
- X Aumento degli oppioidi endogeni**
- X Aumento della risposta oppioide a stimoli che ricordano il trauma**
- X Condizionabilità dell'analgesia indotta da stress**

VARIAZIONI ANATOMICHE

- X Diminuzione del volume dell'ippocampo**
- X Attivazione dell'amigdala e delle strutture connesse durante il flashback**
- X Attivazione delle aree sensoriali durante il flashback**
- X Diminuzione dell'attivazione dell'area di Brocà durante il flashback**
- X Marcata lateralizzazione dell'emisfero destro**

Le relazioni di attaccamento della prima infanzia sono fondamentali nella strutturazione delle risposte allo stress del bambino prima e dell'adulto poi.



**La regolazione della reattività
dell'asse**

IPOTALAMO- IPOFISI-SURRENE

**si definisce nel corso dell'infanzia
sotto l'effetto fondamentale della
regolazione affettiva
interpersonale.**

I circuiti neurali del sistema di risposta allo stress si trovano prevalentemente nell'emisfero destro, che risulta dominante nel controllo delle funzioni vitali che permettono la sopravvivenza e la risposta allo stress, e che si consolidano nella loro organizzazione solo verso i 3 anni.

La maturazione dell'emisfero destro è determinata in modo fondamentale dall'esperienza pertanto risulta influenzata direttamente dall'ambiente di attaccamento dei primi 2-3 anni di vita.



DEPRIVAZIONE E STRESS CRONICO



I cuccioli di rhesus allevati in laboratorio avendo come unico conforto madri surrogato subiscono un progressivo disfunzionamento della regolazione del sistema dello stress con anomala produzione di cortisolo e reattività elevata a stimoli abitualmente insignificanti.

La presenza delle madri naturali modula il livello di cortisolo nei cuccioli anche in presenza di eventi stressanti estremi.

Una delle funzioni materne consiste essenzialmente nel fornire un adeguata regolazione esterna alle attivazioni fisiologiche del bambino in risposta agli eventi stressanti, insegnandogli, pian piano a modulare la paura, la rabbia, la capacità di stare soli.

ATTACCAMENTO

- X Costituisce un sistema motivazionale innato che attiva i cuccioli dei mammiferi a legami protettivi e stabili con un adulto.
- X Nell'infanzia la madre costituisce l'elemento cruciale per la regolazione fisiologica del piccolo, l'elemento che consente lo sviluppo fisico, affettivo e cognitivo, assicura la sopravvivenza, la protezione, il conforto e l'accudimento.
- X Il bambino è motivato in modo innato a mantenere un contatto che gli consente di esistere e mette in atto comportamenti specifici innati per consolidarlo.



**PROTEZIONE DAL
PERICOLO**



**SVIPUPPO DI
APPRENDIMENTI
COMPLESSI**

STILI DI ATTACCAMENTO

B – Sicuro

Esprimono in modo spontaneo il proprio disagio durante le separazioni. Scarsi o completamente assenti i segni di evitamento o resistenza alla riunificazione. Sono facilmente consolati dal genitore e rapidamente tornano a giocare.

A – Evitante

Quando vengono lasciati soli non esibiscono proteste, gestiscono lo stress dirigendo il loro interesse in modo distrattivo sui giocattoli. Al momento della riunificazione non esprimono rabbia e non chiedono di essere consolati. Inibiscono i propri stati affettivi che trapelano solo in modo indiretto.

C – Coercitivo

Manifestano un'intensa inquietudine durante l'assenza del genitore con comportamenti di protesta e richiamo attivo o passivo. Ricercano la prossimità ed il contatto con il genitore al momento della riunificazione in modo rabbioso o lamentoso, esibendo esplicite manifestazioni di risentimento per la separazione. La riunificazione non sembra tranquillizzarli.

D - Disorganizzato

In presenza del genitore, i bambini assumono comportamenti conflittuali e contraddittori, indicativi dell'incapacità a gestire lo stress ed a trarre beneficio dalla presenza del genitore.

Sembrano disorientati, talvolta rimangono quasi immobili o esprimono comportamenti non verbali opposti contemporaneamente (desiderio di vicinanza, paura, rabbia, congelamento)

Il modello della figura di attaccamento e le strategie del bambino

Pattern organizzati

Pattern disorganizzati

**FIGURA
D'ATTACAMENTO
RASSICURANTE**

**FIGURA
D'ATTACAMENTO
MINACCIOSA**

**Tendenzialmente
distantanziante**

**Certamente
accessibile**

**Difficilmente e
imprevedibilmente
accessibile**

Pattern D

Pattern A

Pattern B

Pattern C

Farne a meno

Fidarsi

**Controllarla
aggrapparsi**

**Attacco-fuga
congelamento**

ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO

Nel caso dei bambini caratterizzati da un attaccamento di tipo disorganizzato, sembra che nessuna strategia si sia dimostrata univocamente protettiva mentre essi appaiono sensibilmente spaventati.

Il comportamento risulta tanto disturbato in quanto la fonte della paura che i bambini sperimentano sembra giungere dal genitore stesso.

Si potrebbe dire, in questo caso, che la funzione di attaccamento subisca una sorta di cortocircuito:

Nel bambino maltrattato, abusato o soggetto a grave pericolo di trascuratezza la persona da cui ci si aspetta protezione ed affetto costituisce la principale fonte del pericolo dal quale ci si deve difendere.

Il modello che questi bambini sviluppano della figura di attaccamento è perciò caratterizzato dall'irrisolvibile sovrapposizione di minaccia e conforto.

Esperienze di maltrattamenti e trascuratezza nella prima infanzia possono portare a diversi problemi di salute mentale in età adulta.

- ✗ Una ridotta crescita dell'emisfero sinistro può incrementare il rischio di depressione (Teicher, 2000).**
- ✗ La facile irritabilità del sistema limbico può predisporre ad attacchi di panico o Disturbo Post-traumatico da Stress (Teicher, 2000).**
- ✗ La crescita ridotta dell'ippocampo e anomalie a livello del sistema limbico possono aumentare i rischi di Disturbi Dissociativi e deficit della memoria (Teicher, 2000).**
- ✗ Un'indebolimento delle connessioni tra i due emisferi cerebrali è risultato associato a sintomi del disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività (Teicher, 2000).**
- ✗ Bambini gravemente deprivati che sono stati privati di stimolazioni sensoriali comprendenti il contatto, il movimento e i suoni sono a rischio del Disturbo dell'Integrazione Sensoriale (Parent Network for the Post-Istituzionalized Children, 1999)**



SINTOMI DI RE-EXPERIENCING - ricordi intrusivi, incubi, flashback, fenomeni dissociativi, disagio fisico e psicologico che si accompagnano alla sensazione di rivivere l'evento.

SINTOMI DI EVITAMENTO E CONFUSIONE – evitamento di pensieri, emozioni, conversazioni associate all'evento, luoghi e persone con incapacità a rievocare aspetti importanti dell'evento.

SINTOMI DI IPERATTIVAZIONE EMOTIVA – insonnia, irritabilità, scarsa concentrazione, scatti di rabbia, stati di allerta.

**L'ESPERIENZA
TRAUMATICA
DETERMINA LA
DISORGANIZZAZIO
NE DELLA CODIFICA
E NELLA
MEMORIZZAZIONE
DELLE ESPERIENZE
TRAUMATICHE**



PSICOTERAPIA DEL DISTURBO POST

TRAUMATICO

RE-INTEGRAZIONE DELLE MEMORIE

Semantiche, Episodiche, per immagini e procedurali (reazioni psico-fisiche)

Attraverso:

- X Tecniche relazionali e di riorganizzazione narrativo-simbolica;**
- X Tecniche di abituação (decondizionanti);**
- X EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing): una tecnica innovativa che consiste nella visualizzazione dell'evento unita ad una ricostruzione cognitiva della narrazione sotto l'induzione di stimoli percettivi nuovi che contribuiscono a modificare la processazione delle informazioni.**

E.M.D.R.

E' una tecnica psicologica altamente strutturata che può essere integrata a numerosi programmi terapeutici aumentandone l'efficacia.

Questa metodologia utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata e bilaterale (destra/sinistra), per ristabilire l'equilibrio psicoaffettivo.

Le ricerche condotte su vittime di violenze, di incidenti, di catastrofi naturali, ecc. indicano che il metodo permette una desensibilizzazione rapida nei confronti dei ricordi traumatici e una ristrutturazione cognitiva che porta a una riduzione significativa dei sintomi del paziente.



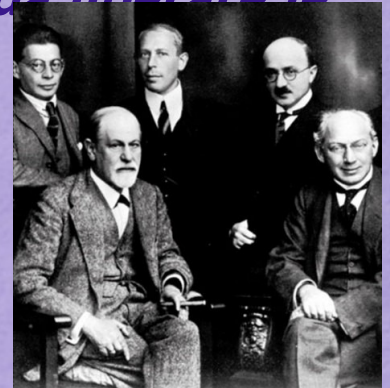
LA RELAZIONE TERAPEUTICA

FREUD E BREUER

Scoprirono che una rievocazione ⁽¹⁸⁹⁵⁾ vivida degli eventi traumatici, associata ai relativi stati d'animo, portava ad una attenuazione dei sintomi espressi.

La tecnica di Breuer ed, inizialmente, di Freud consisteva nel portare alla coscienza, tramite l'ipnosi e l'interpretazione delle libere associazioni i ricordi traumatici patogeni, verbalizzare le emozioni angosciose legate a quegli eventi in modo da liberare le emozioni.

APPROCCIO ~~X~~ CATARTICO



LA RELAZIONE TERAPEUTICA

JANET

Le emozioni violente danneggiano la capacità dell'individuo di assimilare ed elaborare i contenuti mentali.

La semplice rievocazione non basta e talvolta può risultare RI-TRAUMATIZZANTE.

L'obiettivo da raggiungere deve essere la re-integrazione dell'esperienza traumatica.

JUNG

Una ripetizione del momento traumatico può eliminare la dissociazione soltanto quando la personalità conscia del paziente risulti rafforzata dalla relazione con il terapeuta.



LA RELAZIONE TERAPEUTICA NELL'APPROCCIO COGNITIVO

MEMORIA NON DICHIARATIVA

SENSORIALE

**Immagini mentali
connesse all'evento**

**DESENSIBILIZZAZIONE
ATTRAVERSO
L'ESPOSIZIONE
GRADUATA AGLI
STIMOLI ATTIVANTI**

PROCEDURALE

**Reazioni automatizzate
largamente inconsapevoli**

MEMORIA DI LAVORO

***Capacità di elaborare le informazioni, integrarle per
giungere a ragionamenti più complessi***

**RICOSTRUZIONE
DELLA CAPACITA'
DI VIVERE UNA
RELAZIONE
SIGNIFICATIVA
NON MINACCIOSA**

MEMORIA DICHIARATIVA

EPISODICA

**Il ricorso
dell'evento**

**RICOSTRUZIONE
GRADUALE DELLE
MEMORIE E DEL LORO
SIGNIFICATO
SOGGETTIVO**

SEMANTICA

**Il significato
esplicito attribuito
all'evento**

DA UN “DOLORE MUTO.....



....ALLA CONDIVISIONE DI UNA STORIA