

Lezioni trauma e perdono per Personalità

Prof. Clara Mucci

1. Parte I: Concetto contemporaneo di trauma

- VANNO DISTINTI TRAUMI DOVUTI A MANO UMANA DA TRAUMI DOVUTI A CATASTROFI NATURALI, TERREMOTI TZUNAMI e così via
- PERCHE' questa DISTINZIONE?
- Importanza della RELAZIONE UMANA
- Il trauma dovuto a mano umana (nei suoi vari livelli di gravità) rompe la “diade empatica”, la connessione io-tu, si rompe una fondamentale connessione con un oggetto interno buono, la fiducia tra esseri umani (a partire dalla prima relazione di attaccamento, tanto più importante)

-

LIVELLI DI TRAUMATIZZAZIONE (man-made trauma)

- I LIVELLO: TRAUMA RELAZIONALE INFANTILE(Allan Schore): cattiva sintonizzazione tra madre e bambino, la madre non legge adeguatamente i segnali che esprime il bambino (risulta in attaccamento insicuro);
- II LIVELLO: GRAVE TRASCURATEZZA, MALTRATTAMENTO, ABUSO verbale, psicologico, fisico, sessuale (può risultare in attaccamento insicuro o disorganizzato);
- III LIVELLO: TRAUMA DOVUTO A GUERRA, TORTURA; GENOCIDIO (trauma sociale massivo, es la Shoah)

Trauma relazionale infantile (grave dissintonia madre-bambino)

- La relazione di attaccamento è ormai riconosciuta come organizzatore fondamentale dello sviluppo del cervello (Schore 1994, 2010); le sue funzioni vanno quindi ben al di là di quella funzione di sicurezza e benessere che Bowlby riconosceva come fondamentali per lo sviluppo
- La madre funziona come regolatrice dell'ambiente socio-emozionale durante i primi stadi dello sviluppo post-natale; per cui sottili interazioni di regolazione emotiva possono rivestire un ruolo critico durante lo sviluppo e il mantenimento dei circuiti del sistema limbico; poiché il sistema limbico si ricopre di mielina nel primo anno e mezzo di vita e l'emisfero destro è profondamente connesso al sistema limbico, questo primo anno e mezzo della vita umana in cui si forma la relazione di attaccamento influisce permanentemente sullo sviluppo futuro; le relazioni di attaccamento hanno un forte impatto sulle aree limbiche e corticali dell'emisfero destro (Cozolino 2002, Henry 1993, Schore, 1994, Siegel 1999; Sasso 2011).

3. Modello clinico integrato

- Tutto ciò che diremo in teoria lo facciamo perché abbiamo in mente una clinica precisa. Necessità di un approccio clinico integrato che metta insieme le conoscenze degli studi attuali sull'attaccamento (non solo Bowlby ripreso ampiamente da Fonagy, Bateman e Target, il gruppo dell'Anna Freud Center di Londra, ma Lyons-Ruth, Beebe, Giovanni Liotti, Benedetto Farina, Allan Schore: attaccamento-regolazione e di emisfero destro madre-bambino), sulla neurobiologia del cervello e in particolare dello sviluppo, con lo studio delle dinamiche relazionali madre-bambino e le indicazioni psicoanalitiche per il trattamento.
- **“questo modello di sviluppo suggerisce che gli attaccamenti traumatici, che si formano in un periodo critico per l'organizzazione del cervello, creeranno una vulnerabilità durevole alla disfunzione e, in periodi di stress, una predisposizione al disturbo post- traumatico da stress” (Schore in Williams a cura di 2009, p. 94)**

4. Man-made trauma

- Causato dall'uomo (abuso, stupro, violenza, tortura anche politica, genocidio, sterminio): differenza con gli eventi “natural” come tifone, terremoto ecc. : in questi traumi si perde la fiducia nell'altro, sono causati dal mio simile, sono inerme, passivo, nelle sue mani, oppure è lo stato, la società civile, che non fa niente o organizza la tortura, lo sterminio, il genocidio ecc. Il trauma è più grave quando è causato da una figura umana perché è potenzialmente una figura di attaccamento.
- Il più atroce in assoluto è il trauma causato proprio da una figura di attaccamento (il genitore; ricordando che è grave anche assistere alla violenza a cui è sottoposta una figura di attaccamento, la madre picchiata dal padre...). (ricordate che nel DSM il disturbo PTS indica come traumatico anche assistere a una violenza..., specie per un bambino);
- Quello che si rompe è la fiducia nella diade empatica, nell'altro (Dori Laub con André Green parla di oggetto materno morto, di madre morta)
- Trauma relazionale infantile porta ad attaccamento disorganizzato: Il bambino che non ha un attaccamento sicuro (quindi il genitore ha a sua volta dei traumi, o è depresso, alcolista, incapace di accudirlo sentendosi in sintonia con lui) non è protetto da queste vulnerabilità future rispetto alle patologie mentali e il modo stesso con cui a traumi futuri, perfino traumi cosiddetti naturali (catastrofi naturali climatiche, tifoni, terremoti ecc) sarà mediato dalla sua stessa modalità di attaccamento.

6. Risposte biologiche alla traumatizzazione

- La risposta tipica a uno stimolo che ricorda (o riattiva attraverso il sistema detto kindling, per cui basta una soglia minima per l'attivazione della risposta) il trauma è un iperarousal fisiologico cronico; questa diminuita capacità di modulare l'arousal fisiologico, che porta a ridotta capacità di utilizzare simboli e fantasia per far fronte allo stress, fa sì che tendano a recepire lo stress futuro come stati somatici, piuttosto che eventi specifici; per cui vittime del trauma rispondono ad eventi contemporanei come se il trauma del passato tornasse; le minacce diventano emergenze.
- I primati non umani mostravano in presenza di stress: incapacità di rispondere a stimoli nuovi (ricercavano situazioni conosciute o rimanevano nel "vecchio"; aumentata attivazione di cellule cancerogene e immusoppressione);
- Disregolazione dei livelli della serotonina (neurotrasmettitore più implicato nelle azioni di altri neurotrasmettitori e nel modulare le risposte emotive, in particolare l'arousal e l'aggressività; disregolazione del sistema endogeno oppioide sia negli animali che negli umani.
- L'ambiente è fondamentale per riattivare gli stimoli che ricordano il trauma; per questo una donna che è del tutto funzionale e competente in un settore diventa molto vulnerabile in altri se si ritrova in situazioni traumatiche.

7. Nei primati...

- Nei primati non umani soggetti ad abuso precoce e deprivazione si è notata iperaggressività nei maschi adulti e incapacità a proteggere se stesse e i loro piccoli nelle femmine (a volte facevano del male ai piccoli); né i maschi né le femmine sviluppano la capacità di mantenere relazioni sociali pacifiche e sono piuttosto isolati.

8. Nucleo psicobiologico delle prime relazioni di attaccamento

- Ruolo del primo anno di vita: creazione del legame di attaccamento sicuro, nella diade madre-bambino, attraverso comunicazioni non verbali, visivo-facciali, uditivo-prosodiche, tatto-gestuali
- Sintonia madre-bambino; esperienze ottimali di attaccamento facilitano la regolazione interattiva delle emozioni con gli altri e l'autoregolazione di esse quando il bambino è solo.
- Questi processi sono impliciti-inconsci e avvengono nel cervello destro, non sono espliciti-consci e verbali (emisfero sinistro)
- Questa regolazione promuove lo sviluppo e il mantenimento delle sinapsi nei circuiti funzionali del cervello destro in periodi critici dell'infanzia
- La maturazione dei circuiti limbici del cervello destro in via di sviluppo del bambino è influenzata dalle transazioni intersoggettive implicite col caregiver; l'attaccamento è il risultato delle operazioni dell'emisfero destro del bambino che interagisce con l'emisfero destro della madre
- Le esperienze di attaccamento sono impresse nella memoria implicita in un modello operativo interno (MOI) che interagisce con l'emisfero destro della madre
- i ricordi emozionali inconsci sono immagazzinati nell'emisfero destro

9. Trauma reale vs fantasmatico

- Sia il trauma relazionale infantile sia quello dovuto ad abusi maltrattamenti stupri, genocidi ecc sottolineano il dato reale dell'evento: sembra strano ma per tanto tempo sulla concezione di trauma è pesata proprio quella componente fantasmatica che era stata indicata da Freud che per primo aveva teorizzato il trauma come evento sessuale chiamandolo "seduzione", nella cura delle isteriche.
- Van der Kolk, Correale, Bromberg, Gabbard vanno in questa direzione (trauma reale)

10. Psicoanalisi e trauma

- Freud rinnegò nella seconda fase delle sue ricerche l'effetto delle esperienze traumatiche reali nello sviluppo psicopatologico;
- i sintomi isterici divennero espressione non del trauma subito ma del conflitto tra desideri inconsci e difese dell'io; chi cercò di opporsi a questa visione fu ostracizzato (Ferenczi), mentre oggi dopo gli effetti reali con cui il Novecento si è dovuto misurare (guerre, eccidi, catastrofi, stermini, pulizie etniche, torture nei paesi latino-americani) il concetto di trauma reale e quindi degli effetti dell'ambiente sulla psiche al di là del concetto di fantasia e conflitto viene ripreso con nuova forza (Bohleber 2010; Correale 2006; Vigorelli (2007); Mucci 2008, 2011; Albasi 2006)
- La questione del “falso ricordo in psicoterapia” (cap 2 de Il dolore estremo) complicata dal fatto che il trauma è fuori dall'ordine temporale, è sempre presente, si ripresenta con flash back ecc ma è difficile da definire cognitivamente. Se il trauma è ciò che è irrapresentabile, come possiamo rappresentarlo, anche in terapia?

11. Studi sull'isteria (Freud e Breuer, 1892-95)

- Freud pare da una teoria del trauma come reale nel senso di vero abuso (anche se con il linguaggio pudico di fine 800 lui la chiama seduzione ma rinnegò nella seconda fase delle sue ricerche l'effetto delle esperienze traumatiche reali nello sviluppo psicopatologico;
- i sintomi isterici divennero espressione non del trauma subito ma del conflitto tra desideri inconsci e difese dell'io; chi cercò di opporsi a questa visione fu ostracizzato (Ferenczi), mentre oggi dopo gli effetti reali con cui il Novecento si è dovuto misurare (guerre, eccidi, catastrofi, stermini, pulizie etniche, torture nei paesi latino-americani) il concetto di trauma reale e quindi degli effetti dell'ambiente sulla psiche al di là del concetto di fantasia e conflitto viene ripreso con nuova forza (Bohleber 2010; Correale 2006; Vigorelli (2007); Mucci 2008, 2011; Albasi 2006)

12. Morte del padre di Freud

- Lettera a Fliess 8 febbraio 1897 “purtroppo mio padre stesso è stato un perverso, e ha causato l’isteria di mio fratello” (p 29 Dolore estremo)
- 21 settembre 1897: Rinuncia alla teoria della seduzione: “non credo più ai miei neurotica” (pp. 29-30 D.E.)
- 3 ottobre 1897, colpevole è una nutrice
- 15 ottobre 1897: “nascita” dell’Edipo

13. Andirivieni nella teoria

- Lezione 23 Introduzione alla psicoanalisi, 1915-17:
“particolare interesse riveste la fantasia della seduzione, perché fin troppo spesso non è una fantasia bensì un ricordo reale.. Il padre compare abbastanza regolarmente come seduttore” ..
- 1920, *Al di là del principio di piacere*: “chiamiamo traumatici quegli eccitamenti che provengono dall’ esterno e sono abbastanza forti da spezzare lo scudo protettivo. **Penso che il concetto di trauma implichi quest’ idea di una breccia inferta nella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi**” (Mucci, Dolore Estemo p. 36)

14. Ferenczi e la teoria del trauma

- Disaccordo con Freud su due punti: il trauma è reale; la terapia deve essere più empatica
- Lettera a Freud, 25 dicembre 1929 (p. 40 Dolore estremo):
- “nella patogenesi il fantasma va sopravvalutato, mentre la realtà traumatica è sottovalutata”;
- “provvedimenti eccessivamente duri nella terapia vanno mitigati” (“atteggiamento più tollerante e indulgente da parte di chi era investito di autorità non sarebbe stato più corretto?” Chiede a Freud su Schroeber)

15. Ferenczi e gli sviluppi contemporanei

- Trauma reale (contro il trauma fantasmatico di Freud: i suoi pazienti dicono di abusare)
- terapia attiva con pazienti molto gravi (oggi li chiameremmo border); è necessario essere molto presenti e coinvolti non solo con la mente ma con l'intuito, il corpo, quello che Schore chiamerebbe la funzione regolatoria e ricostruttrice dell'emisfero destro, che comunica soprattutto col corpo, con le tonalità della voce, con alti elementi preverbal, non solo intellettuali (emisfero sinistro)
- In questo senso, padre della svolta relazionale in psicoterapia per così dire, l'interpretazione non è l'unico strumento ma è l'esperienza della relazione che può riparare qualcosa..importanza per lui di transfert-controtransfert
- Elementi intergenerazionali (perfino l'Edipo è ereditato);
- il bambino traumatizzato si identifica con l'aggressore, mette dentro dei suoi affetti, ad es aggressività e colpa o pulsione di morte ("sono cattivo").

16. Ferenczi, Diario Clinico (1934)

- Figura benevola e soccorrevole dell' analista (dal Diario Clinico, 1932);
- "Confusione delle lingue tra adulto e bambino, 1933, articolo da portare a Wiesbaden a cui Freud dice no e gli chiede di ritrattare;
- Edipo imposto sul bambino (passione nell'adulto, linguaggio della tenerezza nel bambino)
 - CONCETTO DI IDENTIFICAZIONE CON L'AGGRESSORE, colpa e aggressività internalizzati
- Senso di colpa del bambino è quello scisso dell' aggressore con cui si identifica (introiezione del senso di colpa dell' adulto)
- **"l' ovvia obiezione che si tratti di fantasie sessuali del bambino stesso, dunque di menzogne isteriche, viene disgraziatamente confutata dalle innumerevoli confessioni di pazienti in analisi di aver usato violenza ai bambini"**(p. 275 Confusione delle lingue)

17. Problema della realtà psichica vs realtà effettuale in clinica

- E' un vero problema in psicoanalisi? Da come vi rapportate a questo problema, si decide la vostra posizione nella clinica. Siete dalla parte di Freud o dalla parte di Ferenczi?
- come ha detto Werner Bohleber al Congresso di Berlino su trauma e ricordo "il lavoro stesso del ricordo e della ricostruzione si fonda sul principio etico di responsabilità in quanto, è un modo per rendere **testimonianza** della verità e della realtà"
- (psicoanalisi come testimonianza, alle radici della psicoanalisi c'è questo desiderio della verità)
- Se sottolineo l'elemento fantasmatico della "seduzione" sto evitando di entrare nel dolore del trauma (esempio del caso di Silvia: il primo elemento di contatto è stato entrare in contatto con la sua verità (il padre incestuale come dice Racamier se non incestuoso); come lo ha sentito lei? Il terapeuta non può fare la parte della madre che vede ma non vuole vedere, non vuole sapere. (la ritraumatizzazione anche più grave di cui parla Ferenczi, il bambino perde totalmente la fiducia nell'adulto, perché oltretutto non viene creduto, e deve distorcere la realtà per sopravvivere (questo è Judith Herman, Trauma e riparazione, MaGi).

18. Ricordare l'abuso durante la terapia è possibile?

- Al ricordo d'abuso recuperato in psicoterapia Fonagy e Sandler dedicano un volumetto tradotto in Italia da Cortina, esplorandone i vari problemi:
- Con mia grande sorpresa alla fine del loro contributo al volume, dal titolo “Prospettive nel dibattito sui ricordi recuperati”, scrivono: “Dietro ad un ricordo recuperato vi è solo una realtà psichica— se vi sia una verità storica e una realtà storica non ci riguarda come psicanalisti e psicoterapeuti (dice proprio “it is none of our business!!).

19. Che cosa cura? Cura come relazione riparativa?

- Dietro ogni paziente c'è un trauma per lo meno relazionale, ovvero dovuto alla mancata sintonizzazione madre-bambino, prima ancora che a veri e propri traumi, maltrattamenti, abusi (da Ferenczi: vedere sempre il bambino e le sue relazioni infantili nel paziente adulto attuale;
- Importanza della relazione del qui ed ora (col terapeuta) perché il paziente possa in qualche modo avere una esperienza correttiva
- Funzione emisfero destro (vedi Schore) fondamentale nell'enactment: azioni inconsce tra i due partecipanti allo scambio relazionale del campo bipersonale
- Anche Bowlby in fondo è stato emarginato dalla psicoanalisi per lo stesso motivo per cui Ferenczi è stato emarginato: entrambi pongono l'accento sugli elementi reali dell'accudimento, del maltrattamento, e dell'abuso. Perché la teoria psicoanalitica più tradizionale è così restia ad accogliere il semplice dato di realtà che l'accudimento sintonico e dissintonico o addirittura il maltrattamento cronico causano disturbi che possono contribuire alla patologia futura. Ma se siamo vicini a Bowlby e Ferenczi crediamo in una possibilità della cura come riparazione; dunque è vero come dicono i clinici del Boston group (Lyons-Ruth, Sander, Stern et al.) che si tratta di sperimentare e incidere nel cervello una forma di conoscenza relazionale implicita nuova e che si tratta di dare qualcosa in più dell'interpretazione.

20. Alleanza terapeutica e comunicazioni implicite o non verbali

- Durante i periodi critici di attaccamento, gli elementi o gli affetti negativi che nella relazione con il caregiver portano all'attaccamento insicuro rimangono impressi in modo indelebile nell'emisfero destro del bambino; questi modelli operativi interni codificano strategie inefficienti di regolazione degli affetti che si riattivano in momenti successivi di stress emozionale interpersonale.
- La consapevolezza di sé, l'empatia, l'identificazione con altri, i processi intersoggettivi sono tutte risorse dipendenti dall'emisfero destro, le prime a svilupparsi.
- Intersoggettività vuol dire la comunicazione implicita tra madre e bambino e tra paziente e terapeuta; il 60% della comunicazione umana è trasmesso non verbalmente. Il terapeuta usa però tutt'e due le parti del cervello! Ma il modo in cui qualcosa viene detto è importante quanto ciò che viene detto

21. Ricordare il trauma in terapia è possibile?

- Il trauma (interrelazionale) si può ricordare? Come lo si ricorda?
- Problema del “sapere e non sapere” (vedi Dori Laub e la sua esperienza);
- problema della dissociazione;
- ritorna ossessivamente in flash back ma è anche irrecuperabile alla memoria,
- problema del PTSD rispetto allo sviluppare un disturbo di personalità;
- Commissione USA a seguito dei processi per stupro ecc anni '90:

Per i Cognitivisti:

- E' impossibile dimenticare il trauma, anzi vero il contrario
- E' possibile formare falsi ricordi in laboratorio; gli eventi stressanti vengono ricordati bene; i ricordi vengono modificati (Loftus).

Per i Terapeuti a orientamento psicoanalitico:

- Modalità dissociativa, messa in atto come difesa al trauma, impedisce di ricordare (nel senso che rimane nella memoria implicita, emisfero destro, ma non ne posso parlare, emisfero sinistro, memoria narrativa)
- Problema di codifica e immagazzinamento; magari il trauma è precedente alla parola, e non posso immagazzinarlo secondo una codifica verbale, dunque non posso andarlo a riprendere; il ricordo torna in contesti simili; importanza degli elementi sensoriali, corporei, una memoria preverbale.

22. Come ricorda la mente

- Memoria a lungo termine è dichiarativa (esplicita, narrativa) o non dichiarativa (implicita procedurale, quella che ci fa andare in bicicletta anche se sono anni che non ci andiamo); Tulvin e Thomson, principio della specificità della codifica, se manca il codice di accesso le informazioni non sono disponibili; amnesia infantile legata al linguaggio, impossibile o quasi ricordare prima dei due anni (immaturità dell'ippocampo e del sistema neurologico, ma questo dicono altri sembra essere un problema solo per la memoria dichiarativa ma in un certo senso il corpo ricorda; secondo Mark Solms le principali strutture del cervello funzionano nei primi due anni di vita;
- -esperimento di come ricordiamo un evento stressante: gli eventi stressanti rendono il ricordo più acuto solo fino a una certa soglia, superata la quale si ha un effetto contrario, non si ricorda; l'amigdala interagisce con gli ormoni dello stress; amigdala e ippocampo lavorano insieme per assicurare l'evento alla memoria esplicita; un danno all'amigdala impedisce di ricordare bene
- Loftus: dare informazioni ingannevoli influenza come si ricorda l'evento
- D'altronde è impossibile per ragioni etiche oltretutto riprodurre in laboratorio un evento traumatico!

23 PTSD (dal DSM)

- Sviluppo di sintomi tipici dopo l'esposizione a un fattore traumatico estremo (guerra, bombe uccisioni, stragi, morte violenta, tortura) che può implicare se stessi o un'altra persona, tanto più grave se la persona è una figura di attaccamento, una persona cara;
- Risposta di paura intensa, sentirsi inerte, provare orrore, nei bambini agitazione e atteggiamento disorganizzato; rivivere continuo dell'evento traumatico, flashback, evitamento degli stimoli associati al trauma, ottundimento della reattività generale, sintomi di arousal (attivazione): disturbo presente per più di un mese e dare disagio significativo o menomazione funzionamento sociale lavorativo o altro. Per i bambini, anche essere esposti a eventi sessuali inappropriati non diretti a sé (assistere a episodi); acuto, entro tre mesi, cronico, si prolunga, ad esordio tardivo, sono trascorsi almeno 6 mesi dall'evento.
- A livello neurofisiologico a uno stressor i glucocorticoidi in eccesso possono danneggiare l'ippocampo.

24 Attenzione, il PTSD non è il trauma da abuso, da incesto, che si consuma lentamente in famiglia! (quello è il trauma complesso)

- I traumi da relazione in famiglia, traumi che possiamo chiamare complessi (con van der Kolk e Judith Herman, simili ai traumi cumulativi di Masud Khan), non danno PTSD ma piuttosto si sviluppano in un disturbo di personalità, spesso di carattere borderline, ovvero un'a modificazione lenta del carattere che diventa sempre più un disagio grave fino ad atti lesionistici (tagliarsi) e altri disturbi (del comportamento, dell'alimentazione, sessuali (promiscuità) ecc.
- Il disturbo di personalità si forma lentamente negli anni, distorce il comportamento fino a causare grave disagio e spesso distruttività ma all'inizio sembra quasi egosintonico.
- Vedere slides successive su disturbo di personalità!!

24. Ruolo dell'amigdala e dell'ippocampo nella memoria emotiva

- L'ippocampo è vulnerabile a un eccesso di glucocorticoidi (rilasciati dalle ghiandole surrenali) : viene disturbata la memoria esplicita, narrativa; livelli elevati di cortisolo riducono l'ampiezza dell'ippocampo (più piccolo quello sinistro nei veterani del Vietnam e quello di destra in donne abusate).
- Si è visto che ippocampo più piccolo può essere perfino nella seconda generazione (vedi Dori Laub)

25. Fonagy e Target

- Al ricordo d'abuso recuperato in psicoterapia Fonagy e Sandler dedicano un volumetto tradotto in Italia da Cortina, esplorandone i vari problemi:
- Con mia grande sorpresa alla fine del loro contributo al volume, dal titolo “Prospettive nel dibattito sui ricordi recuperati”, scrivono: “Dietro ad un ricordo recuperato vi è solo una realtà psichica— se vi sia una verità storica e una realtà storica non ci riguarda come psicanalisti e psicoterapeuti (dice proprio “it is none of our business!!).

26 Al contrario, ricostruire il trauma reale è il I elemento della cura

- La ricostruzione del trauma nei suoi elementi di realtà non è soltanto un elemento etico (di restituzione della verità storica, il più possibile); il problema è che spesso si può riandare alla memoria implicita del trauma (il corpo tiene il conto dice van der Kolk) solo all'interno di una relazione sicura, di recuperata fiducia nell'altro (questi pazienti gravi, spesso pesantemente traumatizzati e abusati cronicamente a vari livelli non hanno chiaramente la facilità del formare l'alleanza terapeutica, della relazione e del contatto, anzi il contatto richiama quella terribile realtà del dolore e del maltrattamento (i borderline sono pazienti che hanno avuto attaccamento disorganizzato, dunque la relazione per loro è terrore di riprovare quella insicurezza, instabilità e imprevedibilità cronica, e maltrattamento, ci vuole molto tempo perché si riformi una possibilità di relazione e di fiducia, spesso vanno via prima, se li ferite con la minima cosa o perfino se l'attenzione è eccessiva, se il contatto è troppo forte.

24. Attaccamento e psicoterapia (Allan Schore)

- In che modo le esperienze relazionali influiscono positivamente sulla struttura psichica?
- Importanza dell'emisfero destro connesso con il corpo e il sistema nervoso autonomo e si forma prima del sinistro;
- L'emisfero destro elabora emozioni inconscie ed è la sede della memoria procedurale implicita;
- Le esperienze di attaccamento formano, modulano l'emisfero destro (nucleo biologico dell'inconscio umano) in un certo modo; nel trattamento le esperienze di attaccamento del cervello destro sono comunicate all'interno dell'alleanza terapeutica
- Ruolo della regolazione interattiva inconscia nello stabilire relazioni di attaccamento (transfert- controtransfert) è fondamentale
- Questa teoria dell'attaccamento-regolazione è in accordo con la teoria relazionale intersoggettiva oggi molto in voga nella clinica psicomotricità

25. Dare significato all'irrapresentabile-traumatico

- Importanza sull'impatto traumatico del significato sociale e culturale oltre che individuale (es donne serbe violentate, musulmane, dunque gettavano il disonore sui loro uomini e le loro famiglie)
- Es. dello tsunami 2006 per i buddisti (che avevano meno PTSD perché pensavano più alla comunità che alla catastrofe individuale) rispetto alle altre civiltà (es turisti europei)
- Importanza della connessione con gli altri quando c'è trauma sociale o individuale: la rete di connessione sociale (a chi dirlo, il sostegno e l'affetto o la cura e protezione di amici, parenti, genitori) è fondamentale! Quando si rompe la fiducia con l'altro (man-made trauma) è fondamentale se possiamo ancora far capo a qualcuno oppure no: tanti suicidi avvengono perché non solo quello che è accaduto è insopportabile per la psiche, ma la solitudine di non poterlo condividere con qualcuno che almeno un po' si sforzi di capire e ci sia per il traumatizzato può diventare insostenibile.
- Necessità di una testimonial community dice Dori Laub, una comunità di testimonianza in cui ognuno di noi possa fare una parte, di ascolto, di sostegno, di vicinanza, di aiuto, di empowerment, come amici come familiari come insegnanti come terapeuti come genitori. I livelli di traumatizzazione della nostra società cosiddetta civile ed avanzata sono altissimi (denuncia di van der Kolk): viviamo in una società ad altissimo tasso di traumatizzazione.

26. Perché la cura passa per la parola?

- Dopo l'esperienza emotiva (risentire le emozioni che magari sono state bloccate o non poste nel giusto contesto) la storia deve essere messa in parole, verbalizzata, simbolizzata.
- Perché la cura passa non solo per il ricordo ma per la parola? “dire il trauma”, ritrovarne una forma simboleggiata, rappresentabile laddove non c'era rappresentazione e linguaggio (a volte il trauma è accaduto talmente presto che non è stato codificato in parole ed immagazzinato dalla memoria con una specifica etichetta verbale, ma fa parte di un vissuto pre-verbale)– Inconscio non rimosso di Mancina (l'evento non è stato inscritto e poi represso, non è mai stato codificato, ma è nella memoria implicita, preverbale, “inscritto nel corpo”)
- Freud 1914 “Ricordare ripetere ed elaborare”
- “Accade assai spesso che venga ‘ricordato’ qualcosa che non ha mai potuto essere ‘dimenticato’ per il semplice fatto che non è mai stato notato, che non è mai stato cosciente” (p.354-5 Freud, Totem e Tabù, p. 92 Dolore Estremo)

Psicoanalisi come testimonianza

- Necessità di un tipo di ascolto-testimonianza (Dori Laub), ex ospedale psichiatrico in Israele. E' lo stesso concetto espresso nel 32 da Ferenczi, quando parlava della necessità di un ascoltatore totalmente dedito e benevolo, appassionato e autenticamente disponibile ed empatico)
- Problema dei tempi: mai troppo prima, e allo stesso tempo, spesso il terapeuta stesso si difende dal ricordo del trauma;
- Inoltre, mai troppe domande e intrusioni o curiosità, sarebbe una seconda traumatizzazione; anche in questo è il paziente a guidarci

27. Inconscio non rimosso e inconscio rimosso (Mauro Mancia)

- Differenza tra rimozione e dissociazione (Freud e Janet; Ferenczi)
- Emisfero destro (Allan Schore e Judith Schore, Articolo “Modelli neurobiologici di attaccamento. Psicoanalisi clinica e teoria della regolazione” in Psiche, rivista online, n. 1, 2011 Attaccamenti); è il funzionamento dell’emisfero destro che presiede anche a scambi transfert-controtransfert
- Mauro Mancia: (psicoanalista e neuroscienziato, morto da qualche anno): la scoperta della doppia memoria, implicita ed esplicita, procedurale e narrativa, permette di concepire un doppio sistema dell’inconscio, un inconscio non rimosso preverbale e simbolico, legato alle prime esperienze, e un inconscio, collegato alle successive esperienze, verbalizzabile, quando i sistemi della memoria esplicita sono maturi (oggi diremmo emisfero sinistro per memoria narrativa e destro per quella implicita, vedi Allan Schore)

28. Il modello di Allan Schore

- L'ambiente sociale precoce influenza tutte le funzioni adattive successive: importanza dell'affetto più che della cognizione nello sviluppo della personalità e del sé
- Psicoanalisi clinica e teoria dell'attaccamento sottolineano l'importanza critica di forze inconsce che guidano emozione cognizione e comportamento
- Il modello di Bowlby (basato su psicoanalisi e biologia comportamentale e spiegava l'attaccamento nei termini dell'adattamento e della ricerca della sicurezza) viene identificato come meccanismo regolato dall'emisfero destro: "teoria della regolazione", interdisciplinare (psicoanalisi neuroscienze studi sul trauma psicologia dello sviluppo) che permette di spiegare collegamento cervello-mente-corpo per trattare più efficacemente i disturbi del Sé e della regolazione degli affetti legati all'attaccamento insicuro. La sintonizzazione psicobiologica e lo stress relazionale influiscono positivamente o negativamente sulla maturazione.
- L'attaccamento è fondamentale nella regolazione dell'affetto e dello sviluppo emotivo, che dipende dai sistemi dell'emisfero destro coinvolti nella elaborazione della parte non conscia dell'emozione, modulano lo stress e l'autoregolazione; l'interesse della teoria dell'attaccamento si sposta dal comportamento e dalla cognizione all'affettività, utile a spiegare ciò che avviene in psicoterapia

29 trauma e ripetizione

- Concetto di ripetizione: Freud e la pulsione di morte: ciò che non è elaborato tende a ripetersi;
- Jay Lifton, sopravvissuti Vietnam: ricordo traumatico spesso immagine senza contesto; essere passati attraverso la morte ma essere rimasti vivi: il problema dei suicidi dopo essere sopravvissuti, per es alla Shoah;
- Lenore Terr, bambini abusati non avevano ricordi prima dei 2 anni di vita ma mostravano nel gioco comportamenti che attestavano eventi traumatici subiti; il gioco normale non è ripetitivo, es film porno; perchè ripetiamo? Discorso della coazione a ripetere (fort-da) (ma ripetere in terapia non è tutto... riparazione necessaria, come sosteneva già Ferenczi)
- Discorso degli oppioidi endogeni che fa van der Kolk nell'articolo sulla ripetizione: può essere questo il modello neurobiologico che scatta nel gioco compulsivo per es? una forma di ripetizione obbligatoria e onnipotente che ci lascia sempre più sconfitti?
- Dice van der Kolk che alti livelli di stress, inclusi stress sociali, possono attivare i sistemi oppioidi endogeni (una specie di analgesico); forti emozioni possono bloccare il dolore a causa del rilascio di oppioidi endogeni; in soggetti traumatizzati da adulti (Vietnam Vets) il riesporli a situazioni reminiscenti del trauma provocava una risposta di produzione di oppioidi endogeni, cioè la riesposizione al trauma può avere lo stesso effetto della temporanea applicazione di oppioidi esogeni (come la morfina), fornendo una forma di sollievo dall'ansia.

30. Van der Kolk e la ripetizione traumatica

- Gli oppioidi endogeni diminuiscono l'attività noradrenergica centrale e quindi la loro attivazione può inibire l'iperarousal (ma causano dipendenza).
- Chi è stato trascurato o abusato da bambino può aver bisogno di una stimolazione esterna molto più alta del sistema di oppioidi endogeni per calmarsi rispetto a coloro che hanno ricevuto cure migliori e che si calmano più facilmente. Questi soggetti neutralizzano il loro iperarousal attraverso una serie di comportamenti di dipendenza inclusa anche la riesposizione a situazioni traumatiche (anche i tagli possono funzionare in questo modo, "riparare la coesività del sé rispetto a un'ansia soverchiante).

32. Cosa chiede la vittima in terapia (2) (psicoanalisi e testimonianza)

- La ripetizione deve segnare una DIFFERENZA; l'empatia non basta
- Ricostruzione concreta e dettagliata dell'evento al momento opportuno (che potrebbe essere dopo qualche anno)
- Ciò che rimane "incistato" o non detto di solito lo si ripete o lo si tramanda alle generazioni successive, ai figli ecc (l'attaccamento disorganizzato sembra essere precursore di potenziale disturbo borderline se non intervengono fattori riparativi)
- Judith Herman (p. 94 del Dolore estremo): arrivare a un esame della colpa e della giustizia, ricostruire un SIGNIFICATO della propria esperienza che non ha significato...NECESSITA' della terapia: nessun farmaco può restituire un significato alla vita e perfino a quella esperienza
- Ricostruire la storia come testimonianza della verità della vittima;

33. Cosa chiede la vittima (3)

- Recuperare il mondo come insieme dei valori perduti, portare testimonianza della sofferenza e dell'ingiustizia è l'ultimo atto della cura (dolore estremo p. 95-96)
- Uso delle parole. Simbolizzazione, messa in cornice
- Bertrand:
- il soggetto chiede: riconoscimento sociale; Riconoscimento dell'azione o della colpa da parte di chi ha abusato; riconoscimento della verità della sua parola, perché in passato non è stato creduto.

34 il recupero della vittima

- Esperienza fondamentale del trauma psicologico: impotenza personale e rottura con l'esterno, con l'altro; la guarigione implicherà il recupero della vittima alla socialità, nuovi legami, fiducia, relazioni, intimità, iniziativa, competenza, attività, empowerment;
- La neutralità dell'analista, non intrusivo ecc non è neutralità morale: l'alleanza terapeutica implica anche che il paziente si sente creduto ed eventualmente difeso;
- Il traumatizzato pensa che l'altro, non essendo traumatizzato non può capirlo; è facile che il terapeuta si difenda un po' dal "dolore estremo" del trauma;
- Per questi pazienti, specie abusati sessualmente, è difficile credere che l'altro non abbia secondi fini, che non lo voglia sfruttare in qualche modo; il paziente borderline a volte vittima di abuso sessuale può mettere in atto strategie di seduzione per far accadere di nuovo quella situazione; attenzione a non cadere in questa trappola; in questi casi, la supervisione può salvare paziente e terapeuta, o comunque avere una rete di sostegno come terapeuti e non essere isolati è fondamentale.

36. Parte II: Disturbi di personalità: eziologia: come si sviluppa un attaccamento disorganizzato?

- **A differenza del caregiver che incoraggia un attaccamento sicuro, il caregiver maltrattante o che trascura pesantemente il bambino induce affetti negativi nel bambino**
- **-non è in grado di proteggere il bambino da altri elementi ambientali di disturbo, ad esempio un coniuge abusante;**
- **-è emotivamente inaccessibile, per cui fornisce risposte inappropriate o respingenti rispetto alle emozioni che esprime il bambino e allo stress e non è in grado di fornire o fornisce una minima regolazione all' iper-arousal del bambino**
- **-induce inoltre livelli estremi di stimolazione o arousal**
- **- non è in grado di riparare alle stimolazioni indebite della interazione, lasciando il bambino in uno stato di intenso stress per lunghi periodi**
- **-nei momenti di stress del bambino o della interazione queste madri sono più insensibili, irritate, critiche, punitive e mostrano meno calore e flessibilità nelle interazioni coi loro bambini**
- **Madri diagnosticate borderline e che manifestavano cronica disregolazione rispetto allo stress, spesso a loro volta maltrattate e con esperienze di abuso, erano più fragili e inclini a mettere in atto queste relazioni abusive col bambino (Schore 2001, Beebe 2000; Newman e Stevenson 2005)**

Influenze dell'attaccamento disorganizzato sulla formazione della personalità

- Alcune ricerche suggeriscono che l'attaccamento disorganizzato precoce abbia tra le sue conseguenze difficoltà nelle relazioni interpersonali, una scarsa capacità di regolare le emozioni di stress (Schore 2003), una difficoltà cognitiva generale e in particolare nelle capacità metacognitive e di mentalizzazione (Bateman e Fonagy 2004)
- Almeno l'80% dei bambini che nel primo e secondo anno di vita apparivano disorganizzati nella Strange Situation, tra il terzo e sesto anno di età mostra un comportamento organizzato controllante o nel senso di c. punitivo (critica, minaccia opposizione) o di controllante accudente (condotte consolatorie e protettive verso il genitore). (Liotti 2011)
- al posto delle strategie di MOI (Modelli Operativi Interni di DA (attaccamento disorganizzato) il bambino quindi mette in atto altri SMI (Sistemi Motivazionali Interpersonali); altre strategie controllanti possono essere quello sessuale.
- E' molto probabile che queste strategie vengano messe in atto in corrispondenza di quelle del caregiver, per una specie di contagio emotivo o sintonizzazione; è probabile che il genitore attivi verso il figlio quelli che erano i suoi SMI (Liotti 2011); Nella terapia l'emergere dei MOI di DA può disturbare profondamente il lavoro
- Eventi di vita possono invalidare le strategie controllanti facendo emergere vari sintomi (depressione, disturbo di personalità, ecc)

37. Trauma irrisolto nella madre (1)

- I traumi irrisolti nella madre causano alterazioni nell'umore e nella gestione dello stress e nella funzione regolatoria della relazione col bambino, alterazioni e perturbamenti che a loro volta formano un imprinting nelle funzioni regolatorie del cervello del bambino che si sta sviluppando:
- questo meccanismo psicopatogenico intersoggettivo media la trasmissione intergenerazionale sia del trauma relazionale che delle difese dissociative contro stati affettivi soverchianti e disturbanti (Schore 2010)
- In accordo con questo modello, la ricerca mostra che disfunzioni materne gravi sono associate con dissociazione in pazienti psichiatrici (Draijer e Langeland 1999) e che abuso fisico e disfunzioni nelle cure materne (non da parte del padre) sono associate con sintomi dissociativi somatoformi (Roelofs et al 2002)

38. trauma irrisolto nella madre e natura intergenerazionale dei processi precoci

- **Molti degli insuccessi della capacità della madre di rispondere ai bisogni del bambino derivano dalle sue difese contro il riconoscimento e la comprensione in se stessa di simili affetti negativi.**
- **Le difese della madre hanno origine nella sua storia evolutiva e, a loro volta, le rendono difficile rispondere empaticamente ai segnali affettivi del bambino. Tali risposte difensive riflettono modelli caratterologici ben stabiliti, la cui presenza può essere dedotta sulla base delle interviste somministrate durante la gravidanza (Fonagy, Moran, Steele, and Steele in Ammaniti e Stern a cura di, 1992)**
- **Rischiano di sviluppare attaccamento disorganizzato i bambini a rischio di maltrattamento dal genitore o il bambino il cui genitore soffre per lutti non risolti, depressione maggiore, abuso di sostanze, effetti del divorzio (Carlson e Sroufe 1995; Main e Hesse 1990; Ainsworth e Eichenberg 1991; Liotti in Ammaniti e Stern 1992; Liotti in Solomon e George, a cura di, 2007)**

39. Ricerche di Selma Fraiberg

- (1982) Bambini tra i 4 e 18 mesi a lei affidati in terapia, grave trascuratezza e abuso, madri disorganizzate, depresse o psicotiche, assenti o inclini alla rabbia o a comportamenti imprevedibili.
- Comportamenti difensivi: “evitamento delle madri” in qualsiasi sistema di contatto per evitare il conflitto (no sguardo, rifiuto oggetti, non va verso la madre ma si gira; “opposizione”: a un anno comportamenti negativi e provocatori;
- Verso i due anni, intensificarsi nei bambini disturbati a “trasformare gli affetti”: reagiscono a frustrazione con eccitamento, risa o manifestazioni di piacere; fin dai 13 mesi, “inversione dell’aggressività”: tentativo da parte del bambino di ferire se stessi e non il caregiver. Spitz (1965). Negli orfanotrofi atti lesionistici in bambini già a 8 mesi, tirarsi capelli, battere la testa, disprezzo del pericolo e del dolore.

40. Trauma complesso, sviluppo traumatico e disturbo dell'attaccamento

- **Molti autori suggeriscono di chiamare trauma cumulativo o trauma complesso il trauma che dipende dalla relazione protratta nel tempo e non da un singolo episodio disturbante e traumatico (Herman per trauma complesso, M Kahn per cumulativo; van der Kolk ha cercato di introdurre il concetto di DPTSc nel DSM senza successo; Liotti e Farina (2011) e Rossi Monti e Foresti (2010) tra gli altri commentano sull'inadeguatezza del concetto di Disturbo post-traumatico da stress del DSM; Liotti parla di "sviluppo traumatico" (2011), ; il DSM non parla di trauma relazionale**
- Il trauma relazionale precoce (Schoore) caratterizza le interazioni madre bambino marcate da una sorta di paura; coincide con la disorganizzazione dell'attaccamento ed è importante per capire lo sviluppo traumatico e i successivi sviluppi patologici
- -lo sviluppo traumatico "si riferisce a condizioni stabili di minaccia soverchiante da cui è impossibile sottrarsi, che costellano, ripetendosi con effetti cumulativi, ampi archi di tempo dello sviluppo individuale, ad es il bambino in una famiglia maltrattante" (Liotti e Farina 2011, p. 33)

41. Psicopatologia dello sviluppo dei borderline

- I tratti del temperamento vengono foggianti in caratteristiche di personalità stabili a seguito della trasformazione dipendente dall'esperienza della corteccia orbitofrontale che avviene nei periodi critici (Schore 1994)
- Le prime esperienze della relazione col caregiver foggiano e modulano il nucleo affettivo organizzato biologicamente e le strutture di integrazione centrali del sé nascente localizzate nella corteccia orbitofrontale
- Nei primi due anni di vita le emozioni mediate neurobiologicamente possono trovare nel sistema limbico un fattore di inibizione o di eccitazione e questo tratto di personalità diventa particolarmente osservabile quando l'individuo è in situazione di stress
- Le personalità borderline e narcisistiche manifestano disturbi dell'espressione dell'affettività, instabilità dell'umore, irritabilità e aggressività esorbitante o "disregolazione affettiva" e manifestano una patologia socioemozionale: difficoltà a mantenere relazioni, instabilità affettiva con alti e bassi di umore, depressione, senso di vuoto, sentimento di vergogna esorbitante.

Disturbi di personalità nel DSM

- CLUSTER A:
 - Disturbo Paranoide di Personalità
 - Disturbo Schizoide di Personalità
 - Disturbo Schizotipico di Personalità
- CLUSTER B:
 - Disturbo antisociale di personalità
 - Disturbo borderline di personalità
 - Disturbo istrionico di personalità
 - Disturbo narcisistico di personalità
- CLUSTER C:
 - Ossessivo-compulsivo; evitante; dipendente

Criteri diagnostici per disturbo borderline da DSM (cluster B)

- A. Instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore e marcata impulsività comparse nella prima età adulta, come indicato da almeno 5 dei seguenti elementi:
1. Sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono;
 2. Relazioni interpersonali instabili o intense, con alternanza di iperidealizzazione e svalutazione;
 3. Alterazione dell'identità: immagine di sé e percezione di sé marcatamente instabili
 4. Impulsività in almeno due aree distruttive, come spendere, promiscuità, abuso sostanze, guida spericolata, abbuffate
 5. Ricorrenti minacce gesti o comportamenti suicidari; o comportamento automutilante (si tagliano)
 6. Instabilità affettiva dovuta a marcata reattività dell'umore (alti e bassi)
 7. Sentimenti cronici di vuoto
 8. Rabbia immotivata o intensa e difficoltà a controllarla (litigano con tutti)

Disturbo narcisistico di personalità (DSM)

A. quadro pervasivo di grandiosità, necessità di essere ammirati, mancanza di empatia che compare entro la prima età adulta, con 5 o più dei seguenti elementi:

- 1. Senso grandioso di importanza;
- 2. Fantasie di illimitato successo;
- 3. Crede di essere speciale e unico;
- 4. richiede eccessiva ammirazione;
- 5. ha la sensazione che tutto gli sia dovuto;
- 6. sfruttamento interpersonale, manipolazione;
- 7. manca di empatia;
- Spesso invidioso degli altri;
- Atteggiamenti arroganti e presuntuosi;

Disturbo di personalità antisociale

- Inosservanza della legge e violazione dei diritti degli altri, fin dai 15 anni; presenza di tre o più di questi elementi;
- 1. incapacità di conformarsi alle norme sociali;
- 2. disonestà, come indicato dal mentire, usare falsi nomi, truffare gli altri;
- 3. impulsività e incapacità di pianificare;
- 4. irritabilità e aggressività, scontri e attacchi fisici;
- 5. inosservanza spericolata della sicurezza propria o altrui;
- 6. irresponsabilità abituale, non può tenere un lavoro a lungo;
- 7. mancanza di rimorso (assenza di Super-Io)
- Per fare diagnosi deve avere 18 anni. Prima dei 15 anni esordio disturbo condotta.

42. Borderline e adolescenza

- Oggi si fa diagnosi (di previsione) borderline nei bambini e nell'adolescenza (contrariamente a quanto vorrebbe il DSM) (Cicchetti e Olsen 1990; P. Kernberg 1989)
- Manifestano per tutta la vita oscillazione nell'attaccamento
- Questi bambini presentano difficoltà nella interazione sociale e difficoltà a fronteggiare situazioni stressanti (P: Kernberg 1989); spesso vengono diagnosticati deficit neurocognitivi;
- Meccanismi di coping inefficienti diventano difese patologiche
- Sono bambini incapaci di regolare dall'interno la barriera degli stimoli, non riescono a controllare l'aggressività e con scarsa autostima (e spesso depressione)

Schemi cognitivi del borderline

- Il mondo è pericoloso e malevolo;
- sono impotente e vulnerabile (una vittima)
- sono inaccettabile (nessuno mi vuole bene, se il terapeuta è in ritardo è perché non vuole vedermi)
- Pensiero dicotomico (bianco nero, o va tutto bene o va tutto male, non ci sono sfumature)

Organizzazione borderline di Kernberg

- per Kernberg borderline è una organizzazione che può trovarsi in pazienti con:
- disturbo di personalità narcisistico, schizoide, paranoide, antisociale, infantile ciclotimico (non lo specifico disturbo di personalità che si trova sul DSM)

CARATTERISTICHE:

- Diffusione di identità
- Difese primarie (proiezione, identificazione proiettiva, scissione, negazione e quindi acting out)
- Esame di realtà integro ma assai soggettivo e vulnerabile

Criteri diagnostici generali per disturbo di personalità

- A. Modello generale di esperienza interiore e comportamento che devia marcatamente rispetto alla cultura dell' individuo, in almeno 2 aree:
 - 1 cognitività (modi di percepire e interpretare se stessi gli altri e gli avvenimenti)
 - 2 affettività (risposta emotiva)
 - 3 funzionamento interpersonale
 - 4 controllo degli impulsi
- B Modello abituale inflessibile e pervasivo
- C modello abituale determina disagio clinicamente significativo con compromissione del funzionamento sociale lavorativo amoroso

43. Eziologia dei pazienti borderline 1

- Multifattoriale:
- Impossibilità di un buon legame di attaccamento e di bonding
- Favorisce identificazioni patologiche per compensare questi stati alterati di attaccamento (Grotstein 1990)
- **La madre non ha avuto una funzione modulatoria rispetto alla loro esperienza affettiva, di conseguenza la loro capacità di regolare, registrare e decodificare l'esperienza emotiva è danneggiata;**
- **Non raggiungono la costanza d'oggetto, non trasformano gli oggetti interni in rappresentazioni stabili del sé e dell'altro (Kernberg; Correale; Vigorelli)**
- Richman e Sokolove (1992) suggeriscono che le loro esperienze precoci di un oggetto che sostiene sono fallite, il che risulta in una incapacità futura di non sapersi "consolare" in circostanze di stress
- Non hanno memoria evocativa di esperienze oggettuali affettive stabili.
- Buie e Adler (1982) le personalità borderline mancano di un "holding introject", l'immagine interiorizzata di un oggetto d'amore che dà conforto.
- Wilson et al. (1990) riferiscono che i pazienti borderline presentano rappresentazioni internalizzate di interazioni con un caregiver che manifesta limiti affettivi e nella capacità di autoregolazione.

44. Eziologia 2

- **Brazelton e Cramer (1990) mostrano che fin dal 4 mese la madre impara come prolungare lo stato di benessere del neonato, che le dà la sensazione di essere in contatto stretto con lui; dopo il 5 mese tuttavia il bambino mostra un nuovo interesse nell'ambiente, dovuta a una fase di sviluppo di maturazione dipendente dall'esperienze del SNC (lo si vede nell'elettroencefalogramma); la madre ora non può prevedere il comportamento del bambino, e se non si rivolge spesso alla mamma con lo sguardo questo può indurre antichi sentimenti di rifiuto e abbandono nella mamma; una madre che non sopporta l'indipendenza del bambino può avere difficoltà nel sostenere questo momento dello sviluppo; e da ora in poi il bambino dovrà ribellarsi ancora più fortemente per mostrare le sue curiosità (p. 119) .**
- **secondo Schore questo rappresenta un buon esempio di inizio di sviluppo patologico della relazione diadica che può portare a patologia borderline.**

Eziologia 3

- In modo simile, dalla fase simbiotica, un iniziale disturbo disincronico della diade avviene quando la madre è troppo ansiosa o depressa e deve fronteggiare un momento di stress del bambino; in questi episodi la madre si ritira dal bambino e lo abbandona emotivamente; il bambino è privato del rispecchiamento delle emozioni di cui avrebbe bisogno per affermare le sue emozioni e la formazione del suo sé. Può essere che in questi casi il bambino si volga al padre per questo rispecchiamento (Burlingham 1973, p. 43) (Kohut 1971)
- Il problema è che nel caso dei borderline anche il padre è emotivamente non disponibile.
- Nel caso di fallimento dell'empatia materna, se anche il padre non fornisce una riparazione alla delusione di conferma narcisistica, può instaurarsi la vulnerabilità al disturbo borderline e disturbi nello spettro narcisistico (nessuno dei due caregiver ha funzione di regolatore psicobiologico) e della patologia del Sé
- L'aggressività che il bambino prova (e che non è mediata da nessuno) potrebbe essere una reazione alla madre rigettante o assente e come risultato può provare a difendersi con il ritiro emozionale.
- Secondo Schore, in assenza della madre il bambino rimane in uno stato in cui prevale il sistema parasimpatico; mentre l'attività del sistema simpatico viene aumentata. Quando è in presenza della madre che induce stress o paura la stimolazione trofotropica ed ergotropica può aumentare, al di là della capacità regolatoria del bambino. Al ritorno della madre, il bambino dunque cerca la capacità di regolazione psicobiologica in questo stato sovreccitato (stato di attaccamento insicuro o disorganizzato nei modelli descritti da Main e Solomon (1986, (che parlano di "Attivazione simultanea nella coppia di tendenze evitanti"). Queste esperienze diadiche vengono impresse nel sistema limbico, con una dissonanza di controllo reciproco (Berntson et al 1991;)

46. Eziologia 4

- Con la maturazione del sistema nervoso parasimpatico e il conseguente sviluppo cognitivo, i tentativi difensivi del bambino per difendersi dalla madre che induce stress sono più complessi. Con la maturazione del SNA il bambino può ora chiudersi in due stati dissociati psicobiologici di esistenza. Secondo Kernberg (1975) la tendenza tipica dei borderline agli stati dissociati (splitting defenses) che permettono la presenza di stati dissociati dell'io. Si ritiene che le precondizioni cognitive per le difese dissociative si stabiliscano tra i 12 e i 18 mesi (Gergely 1992).

47. Eziologia 5

- La rabbia provocatoria del borderline riflette un sistema orbitofrontale che non sa modulare i circuiti limbici tegmentali ventrali, mentre la caduta depressiva riflette una incapacità di inibire il circuito laterale tegmentale; la modulazione orbitofrontale di entrambi i circuiti è inefficiente portando a iper (rabbia) (ergotropic arousal della corteccia corticofrontale) ipoarousal (vergogna/disperazione) degli stati affettivi negativi (parasymphathetic-trophotropic arousal) (Schoe 1994).
- Il passaggio da uno stato all'altro può avvenire in modo rapido e drammatico. Correale parla di “stabile instabilità”.

48. Disturbo di personalità e trauma

- Il DBP (gravi difficoltà relazionali, dipendenza, impulsività, deficit nella regolazione delle emozioni e problemi di identità) spesso è stato associato al trauma relazionale precoce e al successivo sviluppo traumatico (Gunderson 2009; Lewis, Grenyer 2009; Zanarini et al, 1998) In alcuni studi la comorbidità arriva al 60 %
- Gabbard (2002): tutti i più importanti modelli psicodinamici hanno seriamente sottovalutato il ruolo giocato dal trauma infantile nella eziologia e nella patogenesi del DBP. Esiste un ampio supporto empirico a sostegno del concetto che l'abuso durante l'infanzia sia uno dei fattori più rilevanti nell'eziologia del disturbo (Baker et al., 1992, Gunderson, Sabo, 1993, Herman et al 1989: Zanarini et al., 1989 e 197) L'abuso sessuale infantile sembra un importante fattore eziologico in circa il 60% dei pazienti borderline (Gabbard 2000, Psichiatria psicodinamica, p. 442).

49. Indicazioni per il trattamento: metodi manualizzati

- **TFP** (Kernberg, White Plains, NY): contratto; analisi del transfert qui ed ora; confrontation clarification interpretazione; diadi messe in atto e scisse che devono essere reintegrate, ad es vittima –carnefice, bambino bisognoso-genitore sprezzante etc
- **Mentalization Based Treatment** (Fonagy e Bateman, Londra): mentalizzazione, passato meno importante del presente; interpretazione assai ridotta
- Metodo **cognitivo comportamentale di M. Linehan** (Washington State): ottimo per la riduzione dei sintomi, ad es comportamenti suicidari e parasuicidari.
- **Gunderson** e la terapia in **setting multipli integrati**
- Integrazione in direzione relazionale?

Elementi comuni del trattamento

- Come deve essere il trattamento coi border perché sia efficace:
- Ben strutturato, cornice coerente e affidabile
- mirato; coerenza teorica
- Intermedio-lungo periodo;
- Intensa relazione di attaccamento al terapeuta e all'equipe
- Posizione attiva del terapeuta
- Integrazione con altri servizi per il paziente, forme di assistenza personalizzate senza rafforzare la passività

Caso clinico 1

- Donna, 30 anni, in terapia da quando ne ha 26, per un anno e mezzo a due sedute settimanali secondo il metodo TFP poi l'impossibilità a tenere un lavoro e un ritorno a forme più dipendenti di vita (dai genitori) le fanno decidere di farne solo una, come sta facendo attualmente. All'inizio, classico quadro borderline, tagli, abuso di alcol e talvolta droghe, promiscuità in seguito all'abuso di alcol, depressione, vari comportamenti distruttivi, distimia e depressione. Seconda figlia di una famiglia di immigrati tornati dalla Germania quando la madre è incinta di lei, momento estremamente traumatico per la madre, che da indipendente e lavoratrice all'estero si ritrova a casa dei suoceri, in campagna, maltrattata e a suo dire senza neanche il cibo necessario per portare avanti bene la gravidanza; invece di prendere peso, lo perde. Madre comunque figlia di un padre padrone irascibile e manesco cresciuta in Sicilia; padre preso a calci come sistema di educazione (di cui oggi sembra andar fiero), Dalla nascita di Silvia, la madre è sempre depressa, sul divano, e dei figli (c'è un maschio prima di lei, nato in Germania), si occupa il padre. Verso S. è particolarmente amorevole, fino a diventare ossessivo e morboso quando la ragazza cresce. S. dorme in mezzo ai genitori fino all'età di 15 anni.
- Nel giro di un anno, S. smette di tagliarsi, smette di frequentare gli amici con cui beve e finisce in relazioni sessuali casuali e a volte pericolose (spesso quando era ubriaca perdeva coscienza e non ricordava nulla di quello che era successo, fino a chiedersi "come mai ha morsi sulla pancia" e cose del genere e riprende gli studi (era un'abillante studentessa, molto intelligente e portata). Trova anche un lavoro part-time, ma non regge: dopo alcuni mesi un litigio col datore di lavoro la fa ritornare a una situazione di dipendenza dai genitori (che dice di odiare ma da cui non riesce a staccarsi), di difficoltà a portare avanti gli studi e ha una relazione amorosa che sembra più stabile e matura ma è con un uomo sposato che alla fine la delude e la ricade in forme depressive con attacchi di panico. La fase più distruttiva, l'impulsività, l'incapacità di mentalizzare sembrano comunque superati e sta per partire per cercare lavoro in Irlanda, dove si trova il fratello.

Caso clinico 2

F. uomo, 24 anni ora, 21 all'inizio della terapia a due sedute settimanali, tre tentativi di suicidio di cui due blandi o dimostrativi, uno più serio; obeso, con problemi alimentari da adolescente (bulimia); ha perso la madre quando aveva sei anni per tumore, malata da quando lui ne aveva tre quindi affidato spesso alla nonna; il padre è maniaco-depressivo mal curato, con crisi continue, dopo un anno dalla morte della moglie si unisce a una donna, A., che ha un altro figlio dell'età di F., e qui comincia un'altra epoca di traumatizzazioni complesse, esposto a umiliazioni e maltrattamenti continui; F non può mangiare a tavola con gli altri "perché è un maiale" e ha un suo tavolino in cucina, dove fa anche i compiti; spesso il pomeriggio è scacciato di casa con la scusa che A. deve pulire, e lui girovaga per il paese; non può sedersi sul divano di casa perché lo sfonda o farsi la doccia nel bagno di casa (la può fare solo quando torna dalla nonna); quando arriva in terapia è maleodorante, sporco, depresso, con due tentativi di suicidio alle spalle, poco lucido e depresso ma nonostante questo bravissimo a scuola e porta con sé una identità scissa, che lui chiama "Clodia", una donna che lui dice è dentro di lui, in parte la mamma mai sepolta ma tenuta come protezione in parte una figura femminile ideale, bella, intelligente, che ha le relazioni sessuali con i maschi che a lui piacciono ma a cui non si avvicina (la sessualità è ancora del tutto bloccata; sembra uno di quei casi in cui c'è inibizione della relazionalità dal punto di vista sessuale. E in seduta è in preda alla rabbia e alle fissazioni distruttive (si direbbe che i tentativi di suicidio siano stati atti di violenta identificazione contro l'aggressore che da esterno, A e il padre, è diventato interno. In pochi mesi comincia a lavarsi, fa la doccia regolarmente, riacquista lucidità e non ho mai visto in seduta le espressioni di questa "Clodia" che lui tiene come protezione interna da una realtà che per anni è stata insopportabile.

Intergenerazionalità -- Sulla madre di F., so solo che dalla giovinezza ai primi anni della maturità è stata una suora; poi si è sposata a 40 anni con quest'uomo maniaco-depressivo, con cui F non ha mai avuto alcun legame se non paura delle sue urla continue. Possiamo immaginare un legame col corpo e la sessualità già difficile in questa madre, che ha subito gravi lutti familiari.

perdita di questa madre (assente già dall'età di 3 anni) è stata un po' riparata dalla presenza della nonna ma resa ancora più difficile da accettare in presenza di un'altra figura femminile che invece di lenire ha acuito il trauma con trascuratezza, violenza e umiliazioni.¹¹

Riflessioni finali su cultura (elementi biosocioculturali) e cervello (1)

- Esperienza o genetica?
- La plasticità neuronale del cervello ampiamente studiata (Kandel, Ledoux, Maffei, Schore, Cozzolino)
- Le funzioni del cervello dipendono per il loro sviluppo dall'esperienza interpersonale che influenza e modifica i programmi di maturazione del sistema nervoso previsti geneticamente; sono le interrelazioni di comunicazione umana che regolano lo sviluppo dell'attività del cervello.
- Nella mente c'è un flusso di informazioni (Posner 1990) che può essere elaborato in modi diversi creando rappresentazioni che implicano lo sviluppo di circuiti cerebrali diversi; queste rappresentazioni sono integrate, inibite o facilitate dalle relazioni interpersonali, specie nei primissimi anni di vita, così che perfino brevi episodi di privazione materna hanno conseguenze significative sulla capacità dell'individuo in futuro di reagire ad elementi stressanti (Imbasciati et al 2011, Post e Weiss, 1998, Sasso 2011)
- Abbiamo miliardi di cellule nel cervello (Siegel 1999) e ogni singola cellula a sua volta si collega a migliaia di neuroni; alla nascita, il cervello è un organo altamente indifferenziato e le esperienze precoci determinano come i neuroni si collegheranno tra di loro.

Genetica o esperienza (2)

- Vengono influenzati dalle relazioni umane precoci:
- la crescita dei neuriti (terminazioni nervose delle cellule) che si estendono nelle varie aree differenziate;
- La creazione di nuove o più ampie sinapsi;
- La formazione, lungo gli assoni, di guaina mielitica che velocizza la conduzione dei segnali elettrici, rendono più rapida la connessione nervosa;
- Cambiamenti al livello delle membrane post-sinaptiche delle cellule riceventi;
- Fenomeni di morte cellulare, per insufficiente uso o processi degenerativi (come stress cronico)

Genetica e sviluppo (3)

- Barnes e colleghi (1995), Kempermann e altri (1997) hanno mostrato nei loro esperimenti su animali che ambienti particolarmente stimolanti sono associati a maggiore densità sinaptica, aumento del numero dei neuroni e del volume dell'ippocampo, regione fondamentale per apprendimento e memoria. Perciò, per quanto la componente genetica sia fondamentale, l'esperienza è decisiva per lo sviluppo del cervello. E' probabile che l'organizzazione mentale proceda attraverso il graduale aumento delle connessioni neuronali, fino a raggiungere un punto critico in cui una organizzazione superiore emerge spontaneamente (edelman 1987; Maffei 2011).

Genetica e sviluppo (4)

- L'elemento biosociale (intersoggettivo, ambientale) è decisivo e contribuisce allo sviluppo genetico in uno scambio continuo (Schorre 1993). **Con Schorre potremmo dire che nelle interazioni tra bambino e adulto, quest'ultimo funziona da regolatore biopsicosociale degli ormoni che influenzano la trascrizione genetica. Attraverso questi meccanismi, processi neuroendocrini che hanno luogo nei primi periodi critici sono responsabili di un impatto permanente sul patrimonio genomico, che a sua volta influenza lo sviluppo dei circuiti del cervello. In particolare, attorno ai due anni di vita l'ambiente sociale mediato dal caregiver influenza direttamente la formazione finale dei circuiti del cervello del bambino, che sono a loro volta responsabili delle future capacità emozionali e sociali e di coping dell'individuo, in particolare la corteccia orbitofrontale dell'emisfero destro fondamentale per i processi inconsci e per l'elaborazione delle informazioni socio-emozionali, lo stress, il sé emozionale e corporeo.**

Siegel: la mente relazionale (1999)

- La mente umana nasce in relazione; la maggiore fonte di esperienza del bambino è lo scambio col caregiver, che influenza l'espressione genetica e a sua volta i processi genetici e i processi che portano alla maturazione delle connessioni neuronali; i cambiamenti indotti a livello della trascrizione delle informazioni provocano modificazione strutturale delle cellule neuronali che formano ciò che S chiama la mente relazionale.
- Secondo LeDoux (2002) l'estrema plasticità delle connessioni sinaptiche del cervello umano e perciò delle interconnessioni degli impulsi da un neurone all'altro è ciò che costituisce quel senso di continuità che permette la formazione di un senso di identità personale.
- Il trauma rappresenta la realtà più chiara e facilmente riscontrabile della plasticità del cervello; si riduce l'ippocampo ecc

Genetica e sviluppo (5)

- Brodsky e Lombroso (1998) hanno osservato che nelle analisi dei gemelli monozigoti non c'è completa concordanza: Studi mostrano che anche se fattori genetici potrebbero implicare una predisposizione o una particolare vulnerabilità verso uno specifico disturbo nervoso, fattori ambientali giocano il ruolo cruciale per quanto riguarda le modalità con cui il disturbo si manifesta.
- E' probabile che perfino eventi che accadono una volta sola alterino le connessioni sinaptiche; possiamo quindi immaginare come esperienze ripetute nel tempo di particolare impatto emotivo abbiano un forte impatto sui circuiti neuronali; in altri termini, la nostra relazione col mondo influenza la nostra mente in vari modi.
- Modalità del kindling: (Edelman 1992).
- Il cervello valuta il significato degli eventi a seconda dell'impatto emotivo (implicazione dell'amigdala (Post et al 1998). Il significato che un individuo dà a uno specifico evento traumatico implica l'attivazione dell'amigdala ed è parte della traumatizzazione.
- Il trauma rimane l'esempio fondamentale di come gli eventi modificano il cervello e le funzioni cerebrali al di là di quello che è geneticamente determinato (Tutù 2004, Mundo 2006)

CONCETTO DI PERDONO

- LEGGERE BENE CAPITOLO 4, il perdono vuol dire che nella terapia a livello interpersonale e intrapsichico ci si può liberare delle identificazioni sia con la vittima che con il persecutore, dando via queste identificazioni non si è più legata all'aggressore con la voglia di fargliela pagare né ci si sente ancora vittime. E' un lavoro intrapsichico (dentro le mie identificazione) che si può fare solo con un altro (interpersonale) con cui posso mettere a frutto una nuova relazione che cambia i miei modelli impliciti di relazione, i miei MOI.
- Vedere bene anche il concetto di connectedness, cosa vuol dire. Approfondire Judith Herman

BIBLIOGRAFIA

- C. Mucci. Il dolore estremo. Il trauma da Freud alla Shoah. Roma, Borla, 2008;
- C. Mucci. Trauma e perdono. (Milano, Cortina, 2014).
- A. Schore, The Science of the Art of Psychotherapy, Norton, New York, 2012..
- Siegel, La mente relazionale, Cortina 2012.

37. I traumi irrisolti nella madre causano alterazioni nell'umore e nella gestione dello stress