

Trauma, connessione e recupero

ANTHEA MILLAR

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

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

Keywords: TRAUMA, RELAZIONE TERAPEUTICA, CONNESSIONE, RECUPERO

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

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

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

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

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

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

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

I. *Cos'è il trauma psichico?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. *Olismo: connessione tra mente e corpo*

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

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

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

III. *La teoria polivagale*

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

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

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

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

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

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

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

IV. Il sistema di Coinvolgimento Sociale

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

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

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

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

V. Trauma e disconnessione

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

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

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

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

VI. Dissociazione

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

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

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

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

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

VII. Connessione e recupero

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

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

VIII. Stabilizzazione e sicurezza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

X. Riconnettersi alle risorse positive

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

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

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

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

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

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

XI. *Terapia non-verbale*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

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

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