

Attaccamenti traumatici. I modelli operativi interni dissociati

Cesare Albasi

Cesare Albasi è: Psicologo, Specialista in Psicologia Clinica, Psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico relazionale; Dottore di Ricerca in Psicologia Clinica e delle Relazioni Interpersonali, Ricercatore in Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Psicologia e docente presso la Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Torino, di Psicologia Clinica, Aspetti normali e patologici dell'attaccamento, Problematiche affettivo sociali in ambito evolutivo, Psicopatologia, Psicoterapia; docente della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, e della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute, entrambe della Facoltà di Psicologia di Torino, della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica, e altre scuole di specializzazione.

Albasi, all'interno di una cornice teorica che rimanda alla tradizione psicoanalitica relazionale statunitense, all'Infant Research e alla teoria dell'attaccamento descrive i risultati di una ricerca teorica su alcuni aspetti della psicopatologia e della psicoterapia che riguardano i processi dissociativi.

La ricerca ha condotto alla formulazione di un concetto utilizzabile nella valutazione della psicopatologia e nella presa in carico psicoterapeutica di molti pazienti: quello di Modelli Operativi Interni Dissociati (MOID).

I MOI sono memorie delle relazioni che acquisiscono un valore strutturale per la mente. Le esperienze delle relazioni di attaccamento non vengono semplicemente ricordate ma offrono anche le regole per organizzare i ricordi e i contenuti dell'esperienza.

Le relazioni di attaccamento possono favorire lo sviluppo di processi adeguati alla regolazione degli stati affettivi del bambino oppure, come accade nell'attaccamento traumatico, disconoscere le sue necessità di regolazione. Nel secondo caso, le esperienze evolutive costituiranno strutture che custodiscono la memoria di questi fallimenti, sia sul piano dei contenuti che dei processi. Queste strutture prendono nome di MOID.

I MOID che risultano dall'esperienza di crescita in un contesto che disconosce le necessità, i bisogni, la specificità personali, è mutuata dalla tradizione psicoanalitica relazionale che affonda le sue radici nel pensiero di Ferenczi, di Sullivan, di Fairbairn. Il concetto di dissociazione, in questa linea di pensiero clinico, è stato articolato insieme a quello di trauma e ciò ha permesso l'elaborazione di un'ampia prospettiva sulla psicopatologia. La dissociazione non è concepita come un sintomo ma come un processo che struttura il funzionamento mentale.

La dissociazione crea discontinuità (una sorta di "buchi") nell'esperienza soggettiva. La fenomenologia clinica dei MOID riguarda il paradosso di un'esperienza che non possiede un significato soggettivo pur essendo di importanza cruciale per l'individuo. I MOID sottraggono al soggetto la sua esperienza. Seducono con la loro promessa di una sicurezza posticcia in cambio di povertà nella formulazione di significati.

La ricerca ha messo in evidenza che sempre più spesso i pazienti che chiedono aiuto psicoterapeutico lamentano una mancanza di significato nelle relazioni intime della loro esistenza (come, appunto, un'esperienza di "qualcosa che manca"). Al di là dei differenti quadri sindromici che possono presentare, soggettivamente i pazienti riferiscono:

- un deficit di vitalità in ambiti importanti della loro esistenza,
- una sorta di sottile senso di agonia e disperazione;
- un senso di non esserci come persone in grado di vivere da protagonisti le loro relazioni, di perdita di consistenza, di vuoto;
- un'incapacità di formulare chiaramente una richiesta di aiuto per qualcosa di indefinito e di difficilmente formulabile ma che sta condizionando la loro vita portandoli a costruire relazioni nelle quali non riconoscono se stessi;
- auto-distruttività o di distruttività nei confronti dei rapporti intimi;
- una deformazione dei propri desideri, un annebbiamento della capacità di riflettere su di sé, un annullamento dello spazio affettivo delle relazioni, un'impossibilità di vivere le relazioni come luogo per esprimere e realizzare le proprie potenzialità;
- nei casi più gravi: un senso interno di morte, di non vitalità in alcune dimensioni di sé, di non movimento dei pensieri, di non possibilità di regolazione degli affetti, di estraneità dalle proprie esperienze e di assenza di significato.

I pazienti, pur chiedendo di essere aiutati per qualcosa che li fa soffrire sono inconsciamente attaccati alle loro situazioni patologiche, non potendo rinunciarvi in quanto esse continuano a rappresentare, paradossalmente, la possibilità inconscia di realizzare qualcosa di importanza vitale per loro.

I MOID offrono la possibilità di orientare l'ascolto clinico ad un formato che si dispiega a livello procedurale, implicito: la memoria procedurale di una interazione che fallisce nel regolare gli stati affettivi. Ad essere memorizzata e interiorizzata (in modo grezzo, non elaborato) è una configurazione relazionale, non semplicemente uno stato, un affetto).

Questa configurazione di attaccamento è differente:

- da quelle associate all'attaccamento insicuro (evitante e ansiosa-ambivalente-preoccupata), nelle quali il soggetto è in grado di organizzare forme difensive di regolazione degli affetti e delle distanze interpersonali, e può essere in grado di costruire una narrazione che ne rispecchi i vissuti (e anche di sviluppare una riflessione intenzionale su di essi),

- da quelle osservate nella disorganizzazione dell'attaccamento, nelle quali la molteplicità dei MOI si susseguono in modo incoerente.

I contesti evolutivi all'interno dei quali si sviluppano i MOID sono quelle situazioni in cui una persona è cresciuta legandosi a figure di attaccamento che gli chiedevano, implicitamente, di rinunciare alla propria soggettività, alla propria sensibilità, al proprio punto di vista sull'esperienza.

L'esperienza interiorizzata nei MOID non favorisce la mentalizzazione ma soltanto la sua messa in atto nelle relazioni di attaccamento successive. Una sorta di drammatizzazione di ruoli affettivi che viene chiamata enactment.

Le memorie dei MOID non fanno parte di quell'insieme di rappresentazioni che un individuo può utilizzare, più o meno consapevolmente, per comprendere le sue relazioni e orientarsi all'interno del loro contesto; non si riattivano nel discorso, come ricordi simbolici, non sono a sua disposizione come fonte di significati per comprendere ciò che gli succede nei suoi rapporti. Anzi, ad essi è impedita la possibilità di essere sperimentati soggettivamente in qualsiasi forma (quindi è inibita l'eventuale connessione tra il livello implicito e quello simbolico che permetterebbe una elaborazione degli affetti e del significato attuale delle esperienze in essi memorizzati) lasciando un senso soggettivo di confusione, insensatezza, vuoto, mancanza, turbamento ecc.

I MOID chiamano in causa gli altri "significativi", per rimettere in scena (to enact) le configurazioni relazionali traumatiche nella ricerca di soluzioni alternative rispetto a quelle originarie.

I MOID possono contenere una doppia motivazione paradossale: una forma difensiva di evitamento delle esperienze intime che potrebbero riattivarli e, contemporaneamente, una spinta verso quelle stesse esperienze interpersonali, proprio perché esse costituiscono la possibilità di "ricordare" (in questo senso "concreto" e non simbolico) e di attivare una loro elaborazione.

Le implicazioni del concetto di MOID sul piano della psicoterapia. Enactment e processo terapeutico secondo Bromberg.

Con i pazienti traumatizzati l'obiettivo della terapia è di "lastricare i buchi sulla strada maestra" cioè portare l'esperienza dal livello dell'enactment al livello della riflessione e del pensiero.

Dal momento che nei pazienti traumatizzati alcuni ricordi sono memorizzati in modo dissociato l'unico modo che questi pazienti hanno per comunicare al terapeuta il loro mondo interiore è attraverso le emozioni che evocano in lui e che il terapeuta sperimenta attraverso la sensazione che stia avvenendo un cambiamento di stato in sé e nel paziente. Questo è ciò che accade nell'enactment. Il qualcos'altro che il terapeuta percepisce è ciò che lo rende sensibile all'assenza di voce del paziente, voce che può essere coinvolta nella relazione quando supera la soglia di consapevolezza del terapeuta. Tramite questo processo di enactment si sviluppa nel paziente la speranza che le parti per lui mute possano comunque essere riconosciute.

Secondo Bromberg non basta l'arrivare a mettere in parole l'esperienza traumatica perché questa possa essere elaborata occorre un processo di convalidazione di un MOID che deve essere sperimentato come reale tramite l'esperienza dell'enactment.

L'enactment è considerabile come un luogo nel quale il passato è rivissuto in modo sicuro ma non troppo: grazie a questa dialettica tra sicurezza-insicurezza gli aspetti dissociati del paziente possono iniziare a essere espressi e riconosciuti come parte di lui.

Il processo terapeutico comporta quindi il passaggio nel paziente da un funzionamento basato sulla dissociazione e sull'enactment alla crescente capacità di sostenere un'esperienza di conflitto interno in quelle aree dove la formazione di significati era impedita dalla dissociazione. A questo punto i contenuti mentali possono rendersi accessibili a un'esplorazione riflessiva. In questi pazienti il conflitto psichico non è la principale causa di sofferenza ma anzi un primario obiettivo terapeutico da raggiungere per poi occuparsene in un secondo tempo.

Laura Peveri