

Appunti di lettura e sottolineature di Onno Van Der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis, Kath, Steele (2006), *Fantasmî nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Trad. it. Cortina Milano 2011, pp. 436.

Gli autori si occupano soprattutto di traumi prolungati e complessi, cioè sostanzialmente delle varie forme di maltrattamento infantile, sottolineando soprattutto come queste esperienze sfavorevoli, a seconda della gravità, producano una dissociazione o scissione o frammentazione del senso unitario o integrato del Sé in vari Sé o parti. Una parte pressoché sempre esistente è definita “personalità apparentemente normale” ed è quella socialmente funzionante, poi c’è la “personalità emozionale” (o post-traumatica propriamente detta) che è condizionata da molte paure, in primis dalla paura del ritorno del ricordo traumatico (tenere chiuso quel cassetto) poi dalla paura dell’attaccamento (il trauma infantile è in qualche modo sempre legato al tradimento di una figura di riferimento) o dalla paura della vita normale (l’assuefazione all’intensità adrenalinica della vita post-traumatica).

A seconda della gravità delle esperienze sfavorevoli il numero dei diversi Sé apparentemente normali o emozionali aumenta sempre di più: gli autori parlano di dissociazione strutturale primaria, secondaria e terziaria in ordine di crescente gravità fino alla cosiddetta personalità multipla (cioè disturbo dissociativo dell’identità).

Nella dissociazione primaria di solito i sopravvissuti funzionano abbastanza bene con la loro personalità apparentemente normale e una personalità emozionale latente e dormiente. Al polo opposto del continuum la personalità emozionale invade l’intero campo esistenziale producendo un importante declino/psicopatologia.

Molti sopravvissuti riescono a salvare una facciata di normalità perché i sintomi post-traumatici sono soprattutto negativi, cioè uno stato di ottundimento emozionale (*numbing*), una sorta di nebbia, in cui tutto è attutito, non solo il dolore ma anche il piacere. Come vivere sotto anestesia (*ipoarousal*).

Questo sintomo molto importante si collega alla ricerca di stimoli forti per sentirsi vivi come le droghe, tutte le dipendenze, il tagliarsi. Il suo contrario è lo stato cronico di ipervigilanza, ipereccitazione (*iperarousal*) che produce urgenza delle cose da fare, ansia generalizzata, frustrazione, irritabilità, rabbia.

Quindi molto spesso la personalità apparentemente normale oscilla tra ipo e iper attivazione. Mi risulta facile commentare come questa potrebbe essere la più evidente e convincente spiegazione psicologica dei sintomi definiti bipolari.

Di questo stato di iperattivazione fanno sicuramente parte tutti i cosiddetti sintomi intrusivi come i flashback del trauma, gli incubi.

Risulta quindi molto evidente che lo scopo della terapia sarà quello di regolare le emozioni nel senso di contenere gli eccessi sia ipo che iper. Esattamente come nella tecnica EMDR, si deve portare il paziente in una posizione intermedia tra distacco e tempesta emotiva.

La personalità emozionale funziona come se non avesse potuto comprendere che l'evento traumatico è terminato (p. 58).

La personalità apparentemente normale e quella emozionale devono essere integrate in una personalità unificata in modo che la prima capisca quello che è successo e la seconda comprenda che gli eventi traumatici sono finiti (pag. 65).

Un tipico sdoppiamento della personalità emozionale è quello tra la bambina che ha subito la violenza e un'altra parte che vede e osserva da fuori (dal soffitto). Questa seconda è poi la trance ipnotica.

“La logica della trance non è che una forma di pensiero estremamente concreto che restringe molto il focus dell'attenzione e il campo della coscienza per poter accettare esperienze altrimenti incompatibili (Orne 1959 citato a pag. 77) e qui mi pare evidente una somiglianza con le tecniche di mindfulness.

Alcune personalità apparentemente normali possono sviluppare attaccamenti abbastanza sicuri, mentre altre parti della personalità continuano ad avere stili piuttosto insicuri. Questo è in linea con la letteratura che sostiene come lo stesso individuo possa avere un attaccamento sicuro con una persona, ma uno stile insicuro con altre (Main 1995), pag. 96.

Questo testo, così come quello a cura di Coutois-Ford dà molta importanza alla fase I della Herman, messa in sicurezza/stabilizzazione, come preparatoria, anche a livello di “forza mentale individuale” per essere in grado di affrontare l'elaborazione/integrazione dei ricordi traumatici. Si tratta, come detto poco sopra, di trovare una regolazione tra ipo e ed iper attivazione emotiva.

Per questo il terapeuta dev'essere capace di un avvicinamento che sia calmo, congruente e genuino. Il clinico deve comprendere in che modo il proprio stile agisca su un preciso paziente. Per esempio, se uno stile introverso e silenzioso può essere percepito come distacco o menefreghismo, oppure se uno stile più vivace può essere percepito come invadente e dominante. Pag. 35.

Il paziente è aiutato a sviluppare un attaccamento sicuro con il terapeuta attraverso una disponibilità prevedibile, piuttosto che costante (pag. 293).

La terapia deve rafforzare la personalità apparentemente normale e ridurre le intrusioni delle personalità emozionali pur riconoscendo la loro esistenza (pag. 243).

Migliorare l'efficienza mentale significa sostanzialmente ordinare e contenere il caos ad esempio con le tecniche della meditazione o altre abilità.

La terapia procede nella fase I della Herman con l'identificare e far dialogare le diverse personalità dissociate.

Lavorare con le parti “bambine” della personalità: il rischio che si affezionino troppo al terapeuta attivando le parti fobiche dell’attaccamento e il rischio di trattarle come bambine vere prendendosi cura di loro in modo genitoriale ed inappropriato (si veda il concetto di cooperazione di Liotti). Le parti o personalità più comuni sono: quelle che imitano l’aggressore, protettive, bambine, osservative (pag. 332). Le analogie con le riorganizzazioni sono evidenti.

Quando si attiva un ricordo traumatico è importante chiedere: “Cosa sei arrivato a credere di te stesso, basandoti su questo ricordo?” (stile cognizione negativa EMDR).

In questa fase II della Herman può essere utile pianificare sedute più lunghe, non per incrementare l’intensità e la durata delle esperienze, ma per esporre il paziente in modo più lento ai ricordi traumatici, lasciandogli molto tempo per tornare ben radicato al presente (pag. 338). Utile EMDR se le fasi sono seguite in modo rigoroso e con attenzione al fatto che con le persone cronicamente traumatizzate la tecnica riattiva troppo ricordo e troppo velocemente (pag. 342).

Le sedute devono essere divise in tre parti:

1. preparazione
2. sintesi guidata del ricordo traumatico
3. riepilogo, lavoro cognitivo, ritorno al presente.

I ricordi traumatici che includono sottomissione totale e il conseguente *iparousal* sono molto difficili da curare.

La sintesi guidata è l’esposizione sistematica (graduale) di parti della personalità a ricordi traumatici, prevenendo la ri-dissociazione e l’evitamento. Non si usa solo per singoli ricordi, ma anche per affermazioni patogene nucleari, emozioni pervasive...

Conclusioni

Non mi sento di consigliarvi la lettura di questo libro molto lungo e pesante, spesso ripetitivo di concetti della Herman ed altri. Ho cercato di rendermi utile riportandovi quelle idee che mi sono sembrate più interessanti. Ho riportato qualche numero di pagina per favorire un’eventuale lettura a salti.

Matteo Selvini