

TRAUMA RELAZIONALE, ATTACCAMENTO E NOTE NEUROSCIENTIFICHE

**DOTT. PAOLA CAPOZZI
DOTT. FRANCESCO GAZZILLO**

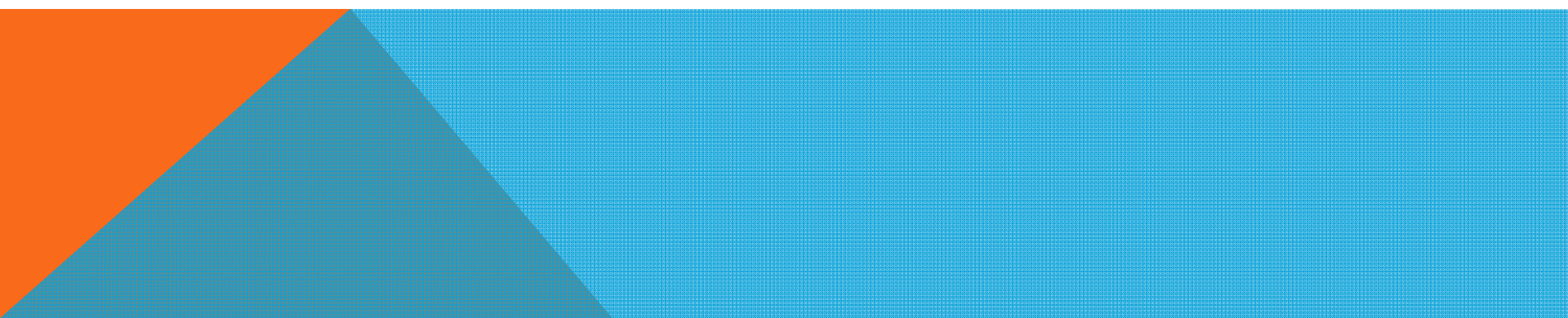
- **Evento traumatico:** fatto isolato, grave, estremo, che sovrasta la capacità di resistenza dell'individuo.
- **Sviluppo traumatico:** trauma complesso per condizioni di violenza e trascuratezza prolungate.
- **Trauma relazionale precoce:** modalità relazionali madre-bambino disfunzionali, in genere associate a disorganizzazione dell'attaccamento

Sandor Ferenczi: trauma evolutivo → quando i genitori interpretano in modo distorto i desideri o i bisogni del bambino.

Masud Khan: trauma cumulativo → quando lo sviluppo della personalità del bambino viene «deviato» dalle cure genitoriali

Philip Bromberg: il trauma evolutivo consolida un sistema di stati-sé dissociati.

Bessel Van der Kolk: trauma complesso, o disturbo traumatico dello sviluppo, di natura interpersonale e con esordio precoce.



FISIOPATOLOGIA DEL SISTEMA DELLO STRESS

Il sistema comportamentale di attaccamento media le situazioni di stress e i livelli di attivazione psicofisiologica (cfr. Freud, Khan e Winnicott).

Cure genitoriali sensibili e responsive sono fondamentali, ad esempio, nella strutturazione e regolazione del sistema dello stress (Gunnar et al, 1996).

La mancanza di una base sicura rappresenta il trauma peggiore per un bambino (cfr. Stern)



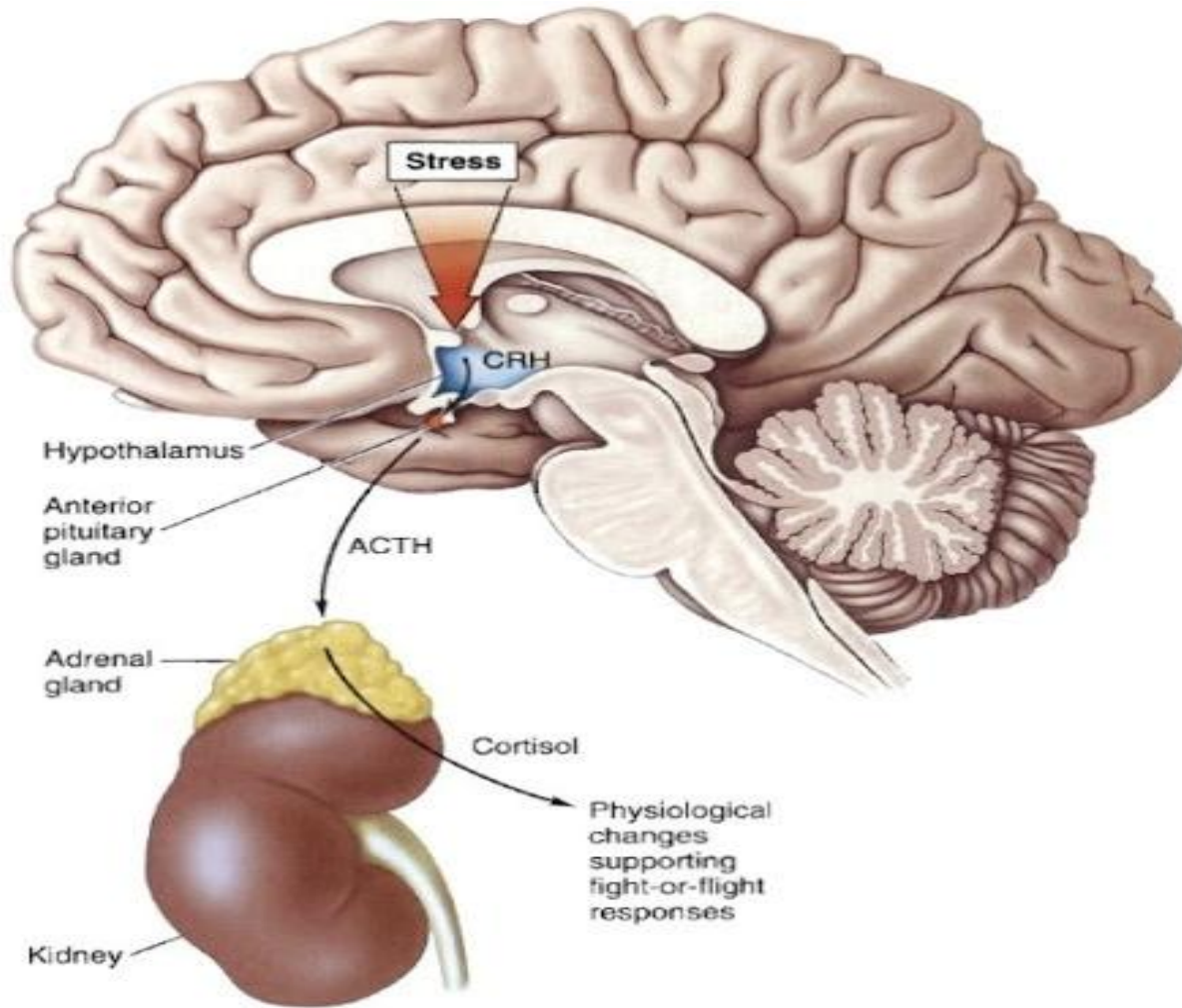
La risposta di stress è una sequela di eventi ormonali e biochimici, atta a ripristinare l'omeostasi e la sopravvivenza.

Si attivano: (1) il *sistema simpatico (SAM)*, che produce *noradrenalina e adrenalina* dalla midollare del surrene e dal cervello; (2) il *sistema ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA)*, che dalla corteccia del surrene rilascia *glucocorticoidi*, nello specifico il cortisolo.



I segnali provenienti dal corpo e dai centri superiori del cervello convergono nel nucleo paraventricolare dell'ipotalamo e influenzano la produzione del fattore di rilascio della corticotropina (CRF), che in pochi secondi arriva all'ipofisi e scatena l'ormone adrenocorticotropo (ACTH). L'ACTH raggiunge le ghiandole surrenali e fa produrre i corticosteroidi.

I due sistemi provvedono all'*aumento delle risorse energetiche* dell'organismo tramite l'accelerazione del battito cardiaco, il metabolismo delle riserve di grasso e proteine, il blocco della digestione e l'inibizione dei sistemi immunitario e della crescita.



Quando l'esperienza è traumatica si modificano i livelli e i tipi di recettori nell'ippocampo, con conseguente alterazione dell'espressione genica e incapacità del sistema di interrompere la produzione di cortisolo. **Secrezione continua di cortisolo → atrofia ippocampo → disregolazione amigdala.**

La **corteccia prefrontale** è coinvolta nel processo di estinzione della paura → individui con PTSD mostrano un persistente **stato di allerta e paura** connessi con un volume ridotto di alcune aree di questa corteccia.

L'ippocampo è implicato nei processi di **memoria** → individui con PTSD presentano deficit nella memoria dichiarativa e non-dichiarativa connessi a una riduzione del volume dell'ippocampo.

L'amigdala è connessa alla **valutazione degli stimoli minacciosi** → individui con PTSD mostrano un'ipervigilanza connessa a un'iperattività dell'amigdala.

(Shin, Rauch, Pitman; 2006)



Perry et al: la risposta psicobiologica dell'infante al trauma è composta da due modalità separate: l'iperarousal e la dissociazione.

1) **IPERAROUSAL**

Nella fase iniziale della minaccia, comincia la **reazione di allarme con l'attivazione del sistema simpatico** (tachicardia, aumento pressione arteriosa, iperventilazione e contrazione muscolare, ipervigilanza), pianto e poi urla. L'ipereccitazione simpatica riflette livelli eccessivi del **fattore di rilascio della corticotropina**: il sistema limbico è invaso da grandi quantità di fattore di rilascio della corticotropina e glutammato.

2) DISSOCIAZIONE

In un secondo tempo c'è la dissociazione, in cui **il bambino si ritira manifestando torpore, evitamento, restrizione degli affetti, perdita del controllo posturale.**

Questo stato è una **strategia parasimpatica** cui si ricorre nelle situazioni di disperazione, si producono **oppioidi interni e cortisolo**, che inibiscono il comportamento attivando il **GABA**. Questo stato è connesso a un **ipoarousal (freezing, morte apparente)**.

Porges (2011) si è occupato in modo approfondito del ruolo del **sistema nervoso parasimpatico, e del nervo vago** in particolare, nelle risposte allo stress acuto e cronico.

Tale sistema può essere suddiviso in 2 parti:

1) **branca del vago-ventrale: attiva in condizioni di sufficiente sicurezza.** Produce uno stato di immobilità senza paura o risposte prosociali (*attaccamento*).

2) **branca vago-dorsale:** attiva solo in caso di reale pericolo di vita. Produce una “**morte apparente**” → crollo del tono vagale, ipotonia muscolare, cataplessia e dissociazione (*freezing*). Risposta frequente in presenza di traumi gravi, associata a sintomi dissociativi e alla sensazione di immobilità e impotenza.

I traumi relazionali

La percezione di un evento come traumatico risulta connessa alla sensazione **soggettiva di impotenza (helplessness)** → sensazione di essere sopraffatti dall'evento e impossibilità di accedere a una relazione di attaccamento positiva.

Martin Seligman (1967) → studi sulla **condizione di inescapability** negli animali.

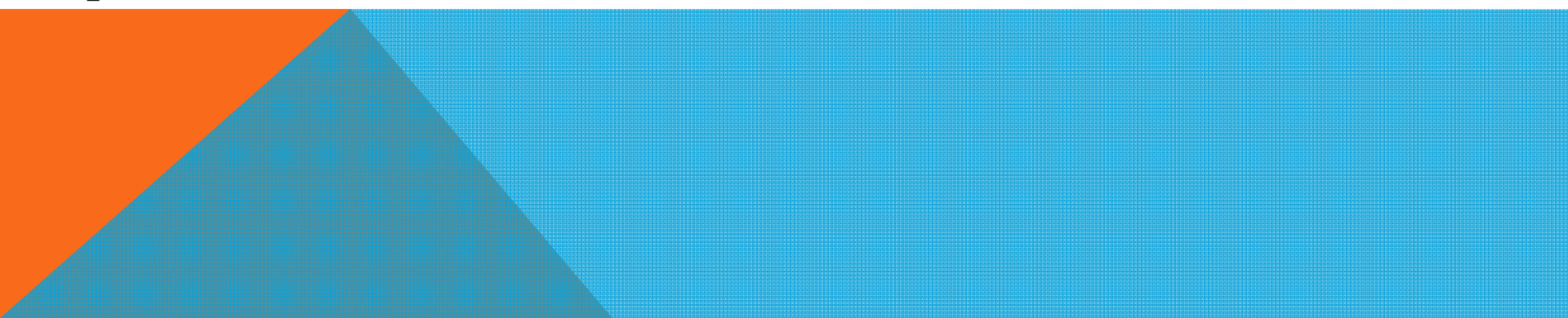
Van der Kolk (2007) → trauma complesso: esperienze croniche di trascuratezza vissute nell'ambito di relazioni di attaccamento insicure. La **mancaza di una base sicura** rappresenta il trauma peggiore.

IMPATTO DEI TRAUMI RELAZIONALI SULLO SVILUPPO NEUROBIOLOGICO

I sistemi emotivi primari della paura e del lutto/panico sono plastici, ossia sono modificati dall'esperienza.

Le prime esperienze di accudimento possono modificare i recettori per il fattore di rilascio della corticotropina e il cervello sviluppa una distorsione sistematica che lo fa tendere a percepire i pericoli e ad attivare una risposta di stress anche in assenza di pericoli (aspettative adattive, ma potenzialmente patogene)


La qualità delle cure ricevute regola la reazione di stress provocata dalla separazione.



Le ricerche dimostrano inoltre che **cure genitoriali sensibili** e responsive sono fondamentali nella **strutturazione e regolazione della risposta allo stress** (Gunnar et al. 1996):

- Attaccamento sicuro: in situazioni di stress non aumentano i livelli di cortisolo
- Attaccamento insicuro: in situazioni di stress aumentano i livelli di cortisolo
- Attaccamento disorganizzato: il cortisolo raggiunge livelli ancora più elevati

L'**attaccamento sicuro** si dimostra un **fattore protettivo** nella risposta degli individui a situazioni stressanti



Conta anche il **temperamento** del bambino: quanto più è emotivo, tanto più è bisognoso di eteroregolazione. Solo una figura di accudimento sensibile può determinare lo sviluppo ottimale del sistema degli ormoni dello stress (**matching caregiver-bambino**).

Nei **bambini deprivati** si osserva un **ritmo circadiano giornaliero di cortisolo piatto**, che si correla a **ritardo della crescita**, a **nanismo psicosociale** e a **ritardo mentale**.

La durata del periodo di trascuratezza influisce direttamente sulla gravità del ritardo dello sviluppo: tanto più lunga la durata, tanto minore è la capacità del sistema ipotalamo-ipofisi-surrene di modificarsi e assestarsi su un funzionamento ottimale quando le condizioni migliorano.

Il cervello del bambino risulta particolarmente plastico e malleabile alle esperienze: in determinati periodi esistono **finestre di opportunità o di vulnerabilità** in cui il SNC risulta estremamente dipendente da esperienze di tipo organizzativo e da eventi critici e disfunzionali.

Le esperienze infantili di trauma ripetuto associate ad **attaccamento insicuro e/o disorganizzato** coesistono con il **mancato sviluppo del sistema di regolazione e modulazione del sistema limbico e autonomico dell'emisfero destro**.

In tal modo si hanno **deficit di regolazione degli stati affettivi** che costituiscono un fattore di vulnerabilità, che espone a una maggiore probabilità di sviluppare **disturbi post-traumatici** (Schoore, 2000).

Infant Research (Sander 1992; Sroufe, 1996; Trevarthen 2001): nella prima infanzia il bambino sviluppa e modifica le sue *aspettative* in funzione dell'esperienza e ricorre, oltre che a strategie di *autoregolazione* (*autocontingenza*), anche a strategie di *eteroregolazione* (*contingenza interattiva*). Infine, apprende come si gestiscono momenti di *attivazione affettiva intensa*.

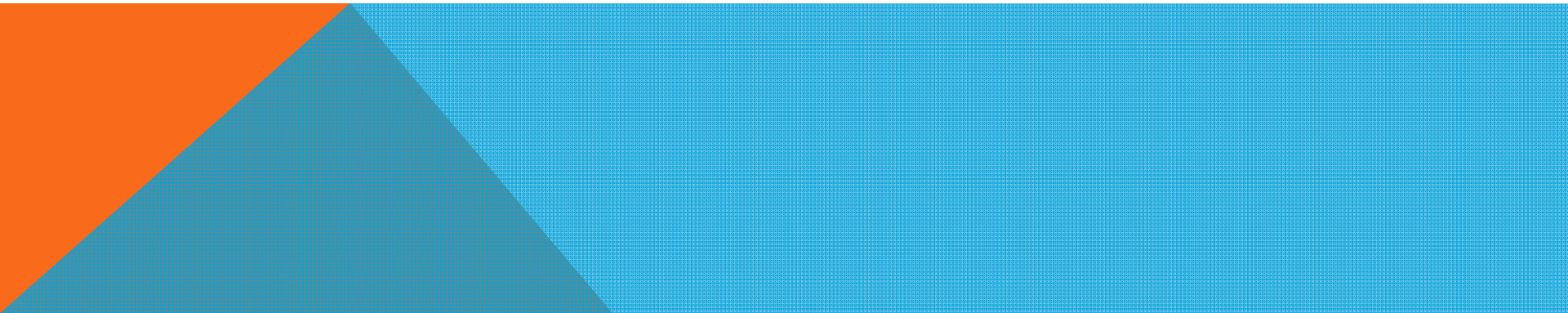
Il **trauma** diventa quindi una **rottura nella capacità di regolare lo stress acuto**, oltre a favorire lo sviluppo di **aspettative negative** e a sviluppare **strategie di auto- ed etero-regolazione poco efficaci**.



ATTACCAMENTO DISORGANIZZATO E DISSOCIAZIONE IN ETÀ ADULTA

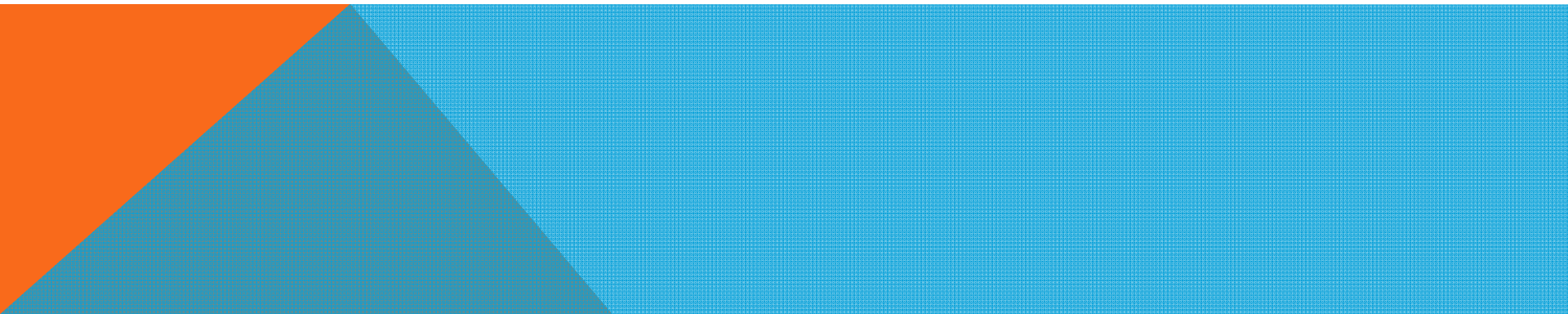
È stato ampiamente dimostrato che l'**attaccamento disorganizzato** sia un precursore di **dissociazione** in età successive, e che i processi diadici porterebbero a una fondamentale **non integrazione del Sé**.

Molto rilevanti sono i **traumi nascosti** derivanti dalla non disponibilità della figura di attaccamento o dalla disregolazione del sistema di attaccamento; questi traumi facilitano la disregolazione delle emozioni e del funzionamento psichico.



Alcuni aspetti del dialogo M/B si collegano alla dissociazione:

- comunicazioni affettive spaventanti/spaventate
- indisponibilità psicologica
- trascuratezza
- comportamenti ostili/intrusivi
- deviazioni meno evidenti (come sottrarsi al contatto emotivo, non rispondere alle aperture del bambino, mostrare risposte contraddittorie che implicano inversione dei ruoli e comportamenti di accudimento simulato).

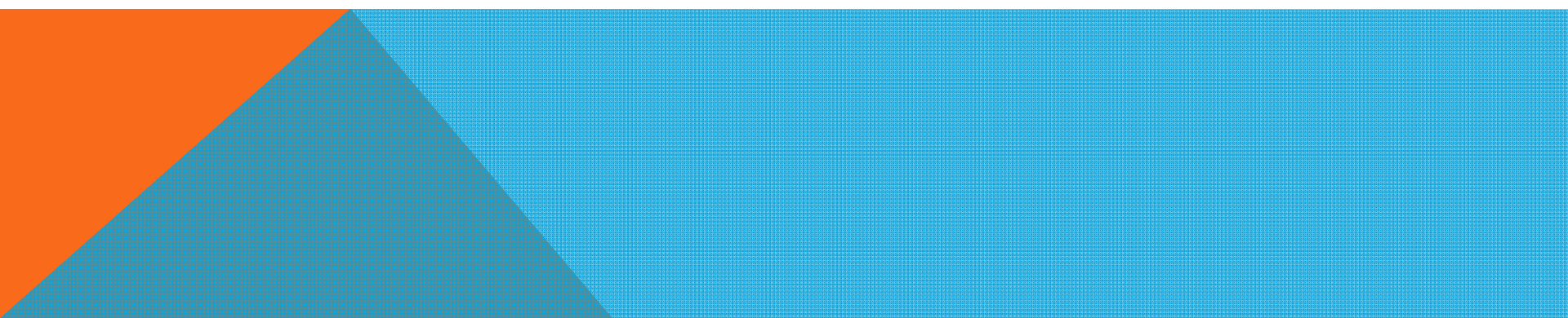


DISSOCIAZIONE

Trauma e dissociazione sono concetti strettamente associati in psicopatologia.

Il trauma attiva **meccanismi di difesa arcaici** dalle minacce ambientali: (1) iperattivazione simpatica, (2) immobilità tonica o freezing, poi immobilità cataplettica (parasimpatico-vagale dorsale), che provocano distacco e sintomi dissociativi

Dissociazione normale-patologica (definizione dimensionale) o solo patologica (definizione categoriale).



Dissociazione come «**fuga quando non c'è via di fuga**»

La dissociazione patologica, nel caso dei traumi relazionali e dell'attaccamento disorganizzato, è anche il segno di una **frattura nei processi di sintesi e integrazione** degli stati affettivi che normalmente producono un **senso di sé coerente e coeso**.

Conseguenze psichiche gravi: dalla **disattivazione del sistema di attaccamento**, con **distacco emotivo estremo e iperattivazione di altri sistemi emotivo/motivazionali**, fino ai **disturbi dissociativi dell'identità**

Due tipi di dissociazione che hanno due serie diverse di sintomi clinici:

-I sintomi dissociativi di **distacco** rimandano all'esperienza di sentirsi alienati dalle proprie emozioni, dal proprio corpo e identità (depersonalizzazione e derealizzazione, di natura preverbale, ottundimento).

-I sintomi dissociativi di **compartimentazione** sono l'amnesia dissociativa, altre distorsioni della memoria e gli stati dell'Io non integrati (gli stati dell'Io che normalmente sarebbero integrati in questo caso non hanno coerenza narrativa e non sono sintetizzabili).

Esempi estremi di compartimentazione sono:

-i **disturbi dissociativi dell'identità** - identità multiple e alternanti in cui il senso di sé si sdoppia o si moltiplica in diverse personalità, talvolta coerenti e stabili. Più frequenti le forme incomplete, con cambiamenti parziali di stato dell'Io (comparsa di mimica estranea al paziente, ricordi intrusivi in cui il soggetto non corrisponde all'identità del paziente);

-la **dissociazione somatoforme**: i sintomi dissociativi somatoformi derivano da un deficit di integrazione bottom-up, ossia le afferenze e le memorie somatoviscerali non si integrano con le capacità rappresentazionali e riflessive della coscienza. Van der Kolk: «il corpo tiene il conto»

Prevale il ricorso alla teoria di Janet, ripresa negli anni 70 da Hilgard, e da tutta la scuola olandese (Nijenhuis), che interpreta la *dissociazione* in termini *strutturali*, come *mancanza di integrazione (passiva) tra sistemi psicobiologici che costituiscono la personalità*.

La *psicopatologia post-traumatica* consiste nella *disgregazione delle attività psichiche*, ossia le memorie traumatiche non vengono integrate nella sintesi personale per un difetto di registrazione e per la loro separazione dal flusso abituale della coscienza.

Possiamo concludere dicendo che **la dissociazione non solo è una difesa dal trauma, ma anche un effetto del trauma.**



Karlen Lyons-Ruth → *traumi latenti*: provocati non tanto dalla deprivazione o dal maltrattamento genitoriale, quanto invece da distorsioni nella comunicazione bambino caregiver.

La comunicazione affettiva disgregata da parte del *caregiver* sarebbe correlata, assieme al **comportamento spaventato/spaventante** del genitore e a degli **stati di ostilità/impotenza**, allo sviluppo di un attaccamento disorganizzato nell'infanzia.

Due sottogruppi di madri di bambini disorganizzati:

1) *impotenti/spaventate*: apprensione, esitazione e ritiro di fronte ai comportamenti di attaccamento del figlio.

2) *ostili/autoreferenziali*: mix contraddittorio di comportamenti rifiutanti e ricerca di attenzione da parte del bambino.



Molti bambini precedentemente disorganizzati fra i 3 e i 5 anni realizzano una riorganizzazione dell'attaccamento in 2 forme diverse:

- 1) **controllante-accuditivo**: (associato a impotenza della madre) comportamenti di cura, strutturazione delle attività e degli scambi verbali del genitore in modo positivo.
- 2) **controllante-punitivo**: (associato a comportamenti ostili della madre) comportamenti autoritari - comandi duri, minacce verbali e occasionali aggressioni fisiche al genitore.

Entrambi i comportamenti vengono utilizzati per controllare il genitore, fonte di paure senza soluzione, consentendo così al bambino di regolare i propri stati interni e il proprio comportamento.

(Lyons-Ruth; 2004, 2006)

Beebe et al (2012)

ricerca su 5 minuti di interazione videoregistrate di bambini di 4 mesi con le loro madri: si sono individuati elementi predittivi di attaccamento disorganizzato alla SS a 12 mesi.

Rispetto ai bambini sicuri, quelli con **disorganizzazione** mostrano a *livello vocale e facciale più sofferenza ed emozioni discordanti, sono meno inclini all'autoconsolazione, più instabili e imprevedibili da un momento all'altro, e questo rende più difficile alle madri la comprensione del loro stato emotivo.*

Principio dell'*integrazione tra autoregolazione e regolazione interattiva* che, nelle condizioni ottimali, sono simultanee, complementari e in equilibrio dinamico.

SE LO METTESSIMO IN PAROLE ...

«La capacità di mamma di guardarmi è imprevedibile»

«Non so bene come sto»

«Sono imprevedibile a me stesso, e destabilizzato»

«Mamma nega il mio disagio»

«Mamma è imperscrutabile, e io indifferente»

«Mamma non si lascia coinvolgere da me»

«Mamma è intrusiva»

«Mamma non capisce che quando cerco il contatto è perché mi sento vulnerabile»

Giovanni Liotti: trauma infantile, attaccamento disorganizzato e dissociazione

Conflitto tra *sistemi motivazionali* diversi. Nel bambino i cui genitori rappresentano la fonte principale di terrore si creerà un *conflitto irrisolvibile tra il sistema dell'attaccamento e quello della difesa*.

MOI dei bambini disorganizzati: dissociati e contraddittori



Nei momenti in cui il genitore appare coinvolto in una relazione sana con il bambino, questo svilupperà una rappresentazione di sé come accettabile e dell'altro come disponibile.

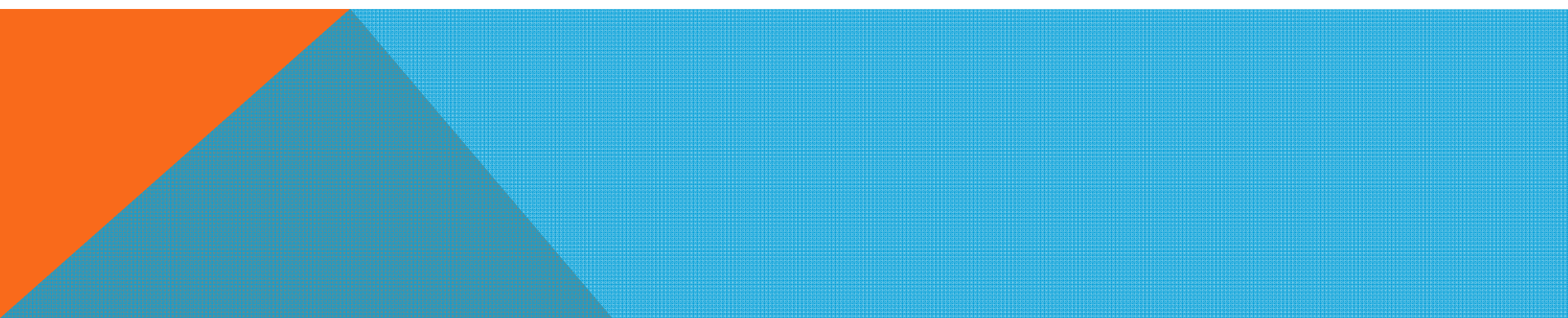
(Liotti, Farina; 2011)

Triangolo di Karpman: vittima, salvatore, carnefice

La disattivazione del sistema di attaccamento, connessa a un conflitto impossibile da risolvere, cede il passo all'iperattivazione di altri sistemi motivazionali: quello di cura, quello aggressivo/di rango o quello sessuale (cfr. Lyons-Ruth)

Disturbo borderline di personalità e Disturbo Post-Traumatico Complesso (CPTSD)

Cfr. = organizzazioni patologiche di personalità



Peter Fonagy: associazione tra trauma, attaccamento disorganizzato, deficit di mentalizzazione e disturbo borderline

Sviluppo normale della funzione riflessiva:

- 1) equivalenza psichica: tutto quanto si trova all'interno della sua mente corrisponde alla realtà e viceversa.
- 2) far finta: scinde completamente il mondo interno da quello esterno, la realtà dalla finzione.
- 3) modalità riflessiva o mentalizzante (verso i 5-6anni): il mondo interno e la realtà esterna vengono vissuti come collegati ma al tempo stesso differenziati.

Il trauma intrafamiliare inibisce lo sviluppo della funzione riflessiva:

-i contenuti mentali del *caregiver* possono risultare eccessivamente pericolosi per il bambino, sia a causa dei sentimenti di odio e ostilità diretti al bambino, sia per l'immagine di sé che il bambino vi trova riflessa → blocca la propria capacità di mentalizzare.

-persiste la modalità dell'*equivalenza psichica* poiché viene a mancare l'esperienza contenitiva genitoriale e il mondo interno mantiene la sua carica assoluta e terrificante.

-persiste la modalità del *far finta* poiché in alcuni casi è l'unica possibilità per far fronte a una realtà esterna inaccettabile.

-lo sviluppo a un modo *teleologico*: il bambino comprende la propria e altrui azione in termini di effetti e conseguenze fisiche, l'esperienza risulta valida solo se confermata da un'azione fisica.

RISPECCHIAMENTO E MENTALIZZAZIONE

Gergely, Watson e il bio-feedback sociale

Contingenza

Caratterizzazione (marcatura)

Sviluppo di rappresentazioni di secondo ordine

Premessa per lo sviluppo della funzione riflessiva

Al bambino traumatizzato vengono a mancare due fattori protettivi:

-la capacità di *comprendere il senso* delle situazioni traumatiche interpersonali (ad esempio, non può comprendere che il rifiuto/maltrattamento del genitore è basato su false credenze o problemi del genitore e non sulla propria cattiveria).

-la funzione protettiva dell'*attaccamento sicuro* nel ridurre le conseguenze negative del trauma.

(Fonagy et al, 2001)



Le basi biologiche della mentalizzazione

Un'ampia mole di studi (Fletcher et al., 1995; Goel et al., 1995; Happe et al., 1996; Gallagher et al., 2000; Klin, Schultz, Cohen, 2000) ha dimostrato l'attivazione della *corteccia prefrontale mediale* in stimoli visivi e verbali richiedenti la capacità di rappresentare implicitamente gli stati mentali degli altri.



Schore (2001): il fallimento della relazione di attaccamento può minare lo sviluppo delle strutture corticali che si occupano della regolazione degli stati affettivi. Queste stesse strutture risultano essenziali nei processi di mentalizzazione.



Interconnessione tra attaccamento, soprattutto se insicuro/disorganizzato, iperattivazione emotiva e fallimento della mentalizzazione.

PER RIASSUMERE

I traumi relazionali si inseriscono all'interno di relazioni precoci disfunzionali con le proprie figure di attaccamento, producendo:

- disfunzione nelle risposte allo stress acuto e cronico (paura cronica, deficit di memoria, iperattivazione e ipoattivazione, dissociazione)
- sentimenti di impotenza
- difficoltà nella regolazione dello stress e delle emozioni
- sviluppi dissociativi
- deficit di mentalizzazione
- compromissione del funzionamento motivazionale e relazionale

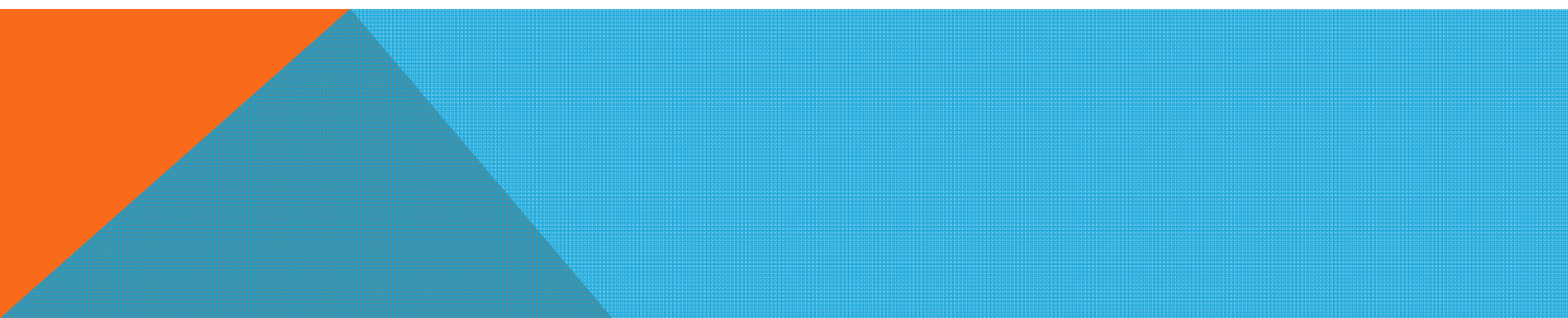
Le implicazioni cliniche

Fonagy : focus sulla mentalizzazione

Beebe: aspettative, momenti affettivi intensi, rottura e riparazione.
Elaborazione implicita della memoria procedurale.

Liotti: costruzione di una base sicura prima di procedere all'elaborazione delle memorie traumatiche e alla risoluzione della dissociazione.
Attenzione controtransferale al triangolo vittima-carnefice-salvatore.

Meares: integrare il sistema traumatico all'interno del sé inteso come flusso di coscienza.



Slade: psicoterapia congiunta madre/bambino basata sull'esistenza di un legame tra la capacità della madre di riconoscere e rappresentare suo figlio e il riconoscimento da parte del figlio di se stesso come essere pensante.

Weiss: traumi (da shock e da stress), senso di sicurezza, credenze patogene e test