

Trauma e trattamenti del Trauma:

Il significato del Trauma: Il significato del trauma viene purtroppo oggi usato in modo troppo inflationario e troppo poco adeguato come in realtà dovrebbe essere: In effetti lo si dovrebbe usare solo in determinate situazioni e avvenimenti particolari, nelle quali una persona né può scappare, né può difendersi dalla minaccia incombente, e che nella vittima provocano un senso di profonda impotenza, la perdita del controllo e paura di morire. Tuttavia soltanto la soggettiva valutazione dell'avvenimento vissuto determina da parte del paziente la consapevolezza, se quest'ultimo viene elaborato oppure no. Cioè può accadere che ci siano singoli avvenimenti che per una persona possano risultare traumatici e per un'altra no.

Il trauma della violenza subita si suddivide in violenza fisica, violenza psicologica e violenza sessuale, in particolare la violenza psicologica si manifesta nell'ignorare, annullare e deprezzare la vittima, inoltre con insulti e minacce.

Memoria implicita ed esplicita: In base allo studio della moderna neurobiologia sappiamo oggi che si distinguono fondamentalmente due diverse forme di Memoria: cioè la cosiddetta memoria implicita, procedurale o anche detta amigdaloide, una specie di preavviso del pericolo, e quella esplicita o ippocampale, che si può considerare come una specie di archivio dei ricordi. Nel caso di episodi non traumatici, le sensazioni collegate con i suddetti, in base della verifica del pericolo a loro inerente, raggiungono dapprima sempre il cosiddetto nucleo della Mandorla, la Amigdala, ed i ricordi di questi episodi, finché questi episodi non presentano una situazione di trauma, vengono trasportati nel cosiddetto "Ippocampo" o Ippocampo del cervello temporale (lobo corticale temporale). Una volta raggiunto l'Ippocampo, il rispettivo episodio per la persona può da una parte non essere emozionalmente ed eccessivamente gravoso e dall'altra parte risultare come biografico narrativo, cioè cronologico temporale e ricordato in un linguaggio esprimibile.

Quando invece si arriva all'elaborazione traumatica dell'avvenimento vissuto, il trasporto del ricordo annesso all'avvenimento dall'Amigdala all'Ippocampo non avviene, ed il ricordo traumatico resta fissato nella memoria implicita dell'Amigdala. Qua assumono i ricordi traumatici la qualità di inondanti forti emozioni. Il ricordo traumatico resta bloccato là e non può essere ricordato né cronologicamente temporale né verbale, risulta spesso frammentario, cioè consiste solo di singoli frammenti di ricordi e / o di ricordi del corpo. Questi ricordi hanno la particolarità, spesso attraverso specifiche stimolazioni esterne ed interne, per mezzo di improvvisi estremamente spiacevoli a creare immagini traumatiche o sensazioni traumatiche del corpo (Flashbacks o Flashbacks del corpo) o incubi ricorrenti, di penetrare nella coscienza e condurre ad un improvviso fortissimo malessere e disagio scatenando sensazioni di paura e o di rabbia, sensazioni d'impotenza e di perdita del controllo nel quotidiano oppure di una frammentazione del sonno in caso di Incubi inerenti a traumi.

La moderna traumatoterapia persegue in principio grossolano lo scopo di imparare ad alleviare e controllare i conseguenti sintomi del trauma, così come in una seconda fase, di ricomporre il non riuscito trasferimento dei traumatici ricordi amigdaloidi nella memoria biografica narrativa dell'Ippocampo, così come a causa di condizioni traumatiche, le parti dissociative della personalità in una totale integrazione di una

unica e inequivocabile personalità.

La dissociazione traumatica nonché la dissociazione strutturale (secondo Ellert Nijenhuis, Onno Van der Hart und Kathy Steele): Quando sotto l'influsso di condizioni traumatiche non si riesce a sfuggire né dal trauma né a combattere il colpevole, resta alla vittima spesso solo la possibilità di scindere i frammenti della personalità provocati dal trauma, che nel linguaggio scientifico del trauma definiamo dissociare oppure dissociazione.

Di conseguenza si arriva ad una sorta di fuga interiore, la quale la situazione traumatica che appare senza speranza, rende più sopportabile, inoltre si giunge ad una scissione tra una sezione della personalità che nonostante un trauma non riscontra alcun tipo di disturbi dovuti a ricordi speciali o emozionali avvenimenti che nel linguaggio scientifico del trauma viene definita come parte apparentemente normale della personalità ed ad una formazione di una o più parte della personalità sotto l'influsso di forti emozionali riscontri che vengono definite parti emozionali della personalità.

In base alla considerazione del concetto di dissociazione, anche disturbi come per esempio il disturbo posttraumatico da fatica vengono annoverati diversamente dai oggigiorno validi cataloghi di diagnosi primariamente sotto il titolo di disturbi dissociativi.

Si arriva in condizioni sfavorevoli ad una ripetitività dei traumi accumulati, procede così la strutturale scissione della personalità ulteriormente e si arriva alla separazione delle parti emozionali della personalità in più frammenti della personalità così pure in casi estremi di disturbi dissociativi molto complessi come il disturbo dissociativo dell'identità (chiamato una volta anche personalità multipla) anche alla scissione delle parti apparentemente normali della personalità in più frammenti. Questa scissione serve alla vittima per nascondere la mole insopportabile dei ricordi traumatici e di dividere la persona dalla coscienza, che per la vittima rappresenterebbe l'unica via per sopravvivere al trauma e di sopportarlo. Inoltre rappresenterebbe particolarmente l'unica via di uscita, quando nello stesso tempo il malfattore sarebbe come persona di riferimento un genitore e la vittima il figlio dell'aguzzino, che considerando il genitore responsabile del suo sostentamento e quindi esistenzialmente dipendente dallo stesso, non può rifiutare. Così viene mantenuta la buona immagine dell'aguzzino solo attraverso la spaccatura dei terribili ricordi tra l'apparentemente normale parte della personalità ed i frammenti della personalità: la buona Immagine dell'aguzzino resta nell'apparente normale parte della personalità conservata ed i ricordi traumatici a lui associati vengono immagazzinati nelle dissociative emozionali parti della personalità.

Alla fine é questa dissociazione strutturale che conduce la vittima ai seguenti sintomi dissociativi così come alle diverse malattie traumatologiche. Oltracciò secondo il concetto della dissociazione strutturale si deve considerare una ampia comprensione del concetto di dissociazione e tra questi vengono compresi sempre sintomi, che sono da ricondurre alla (parzialmente esistente) scissione tra l'apparente normale parte della personalità e le emozionali sezioni della personalità. In base alla gravità della malattia traumatologica si arriva alla formazione dei seguenti sintomi:

- Flashbacks ottici ed acustici, Flashbacks del Corpo, incubi ricorrenti riconducibili a traumi subiti (intrusioni),
- una continua incrementante tensione interiore (hyperarousal) con tendenza ad eccessi d'ira e crescente terrore,
- una fobia per l'impiego concettuale del materiale traumatico (fobia del trauma dell'apparente normale parte della personalità e per le loro sezioni emozionali),
- alla sensazione dello stordimento o narcosi emozionale (numbing),
- sensazione di assenza del dolore in alcune parti del corpo sotto forte tensione emozionale interiore (anestesia e analgesia),
- continui dolori od altre false sensazioni inerenti il proprio corpo,
- paura, fino al panico e alla paura di morire,
- incontrollabili eccessi d'ira,
- frequenti pensieri di suicidio, desiderio di morire, sensazione della propria utilità, sproporzionati sensi di colpa così come una profonda disperazione ed una negativa aspettativa del futuro,
- autolesionismo come per esempio procurarsi dei tagli, bruciarsi, picchiarsi e così via,
- comportamenti maniacali, tossicomanie,
- attacchi di fame vorace, vomito attivo (attacchi di fame bulimica),
- la sensazione di stare accanto alla propria persona o di osservarsi da una certa distanza oppure di vedersi mutato o cambiato nella propria persona,
- la sensazione di un forte cambiamento dell'ambiente circostante (derealizzazione),
- voci interiori od intrusione di sensazioni e pensieri, che stanno in forte contrasto con quelli della personalità quotidiana, ma che vengono vissuti come appartenenti a se stesso (diffusione d'identità),
- vuoti di memoria quotidiana, che prevaricano una normale smemoratezza così come eccessivamente pronunciati vuoti di ricordi per gran parte del passato (amnesia),
- così come in casi estremi ed in particolare per quanto riguarda il disturbo dissociativo dell'identità si arriva ai cosiddetti "switchs", con i quali s'intende l'improvviso mutamento di una parte della personalità in un altro (scambio della personalità). Di regola quindi sussiste un'amnesia di una parte della personalità in un'altra e viceversa. Collegate a queste si arriva ai cosiddetti avvenimenti (fugues), nei quali la vittima come risvegliatosi da un trauma si ritrova in un altro posto ed una amnesia gli mostri la via.

Fase orientativa del trattamento del trauma : Questa fase deriva dalle riflessioni teoretiche del psichiatra francese Pierre Janet (1859 bis 1947) e che venne sviluppata più tardi da considerevoli ricercatori e traumatoterapeuti come Frank Putman, Ellert Nijenhuis, Onno Van der Hart, Kathy Steele, Bessel Van der Kolk, **la Psicodinamica immaginativa della Terapia del Trauma (PITT)** di Ulriche Sachsse e Franz Luise Reddemann così come **la Terapia dello stato dell'Ego** di John ed Helen Watkins, solo per nominare alcuni dei più importanti ricercatori e traumatoterapeuti.

La fase orientativa del trattamento del trauma offerta dal Dr. med. Thomas Moehlecke, FMH psichiatria e psicoterapia, si basa su consolidati risultati di ricerca scientifica dei summenzionati ricercatori e si orienta verso le moderne direttive della società tedesca della psicotraumatologia (www.degpt.de).

A base di questo concetto segue la suddivisione del trattamento del trauma nelle seguenti fasi:

1) Fase di stabilizzazione

2) Fase di elaborazione del trauma o sintesi del trauma

3) Fase di integrazione del trauma

La summenzionata fase orientativa del trattamento si svolge fondamentalmente in modo circolare, vale a dire dopo un efficace trattamento del trauma diventa di nuovo necessaria la stabilizzazione della paziente e dopo la reintegrazione del trauma spesso si rende necessario il ritorno ad ulteriori elaborazioni del Trauma e così via. Il modello delle 3 fasi viene considerato altresì soltanto come una grossolana direttiva per il trattamento individuale.

Dopo che si è instaurata attraverso la fiducia una terapeutica relazione così come un'ampia diagnostica che ha come fondamento il modo della malattia conseguente il trauma si comincia con la fase orientativa del trattamento del trauma. Tutte le fasi del trattamento del trauma se praticate in modo adeguato contribuiscono inoltre ad incrementare la fiducia nel trattamento e nel terapeuta.

Nella prima parte della stabilizzazione ha luogo il lenimento dei sintomi in seguito del trauma di cui il paziente soffre e che si ritrova di regola all'inizio della terapia come in uno stato di profondo sconforto ed impotenza. Questa fase è fortemente focalizzata alle ressources (risorse) e tenta di rafforzare le già esistenti risorse del paziente. Oltracciò vengono trasmesse diverse tecniche dell' immaginazione positiva (come all'incirca il sicuro luogo interiore, l'esercizio della cassaforte, l'osservatore del proprio interiore, la tecnica dello schermo del video, la autoconferenza e tante altre), le quali servono a creare la necessaria distanza dagli improvvisi Flashbacks e dalle violente emozioni da trauma, di rafforzare le risorse interiori o di crearne di nuove e di mitigare i sintomi da trauma. Queste tecniche così come molti elementi terapeutici della seconda e terza fase terapeutica si fondano sulla teoria della cosiddetta traumatoterapia immaginativa psicosomatica secondo Franz Luise Reddeman.

Anche in questa prima fase ne consegue un' innalzamento di tutte le esistenti parti

della personalità così come di tutte le parti emozionali della personalità, le quali vengono rappresentate nel quadro di una cosiddetta carta geografica interiore. Nell'ambito di questa prima fase di stabilizzazione si aspira ad una crescente alleanza interiore di tutte le parti della personalità con reciproco aiuto interiore, di una assistenza ed un sostenimento interiori per il superamento dei compiti giornalieri, di una progressiva rinuncia ad un comportamento autolesionista come per esempio inferirsi delle ferite, comportamenti maniacali, tossicomanie, attacchi di fame e così via in cambio di più costruttive strategie di soluzione di problemi così come in particolare il distanziarsi dagli ancora esistenti contatti con l'aguzzino e la costruzione di una sicurezza interiore ed esteriore.

In base alla gravità della corrispondente malattia conseguente a traumi comprende questa prima fase solamente un brevissimo, fino ad arrivare a complessi disturbi dissociativi, ad un lunghissimo e complesso (a volte occorrono anni) di lavoro di stabilizzazione.

Nella seconda Parte dell'elaborazione del trauma o della sintesi del trauma fin quando poteva essere raggiunta una precedente sufficiente ed ampia stabilizzazione di tutta la personalità con l'aiuto di speciali elaborate e riguardevoli tecniche come la tecnica dell'osservatore, della tecnica dello schermo del video, della tecnica BASK o dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) vengono elaborati i corrispondenti traumi che rendono possibile il trasferimento della memoria amigdaloide nella memoria ippocampale, le quali rappresentano una specie di Archivio di Ricordi.

Con questo, dopo una riuscita sintesi del trauma, senza le dapprima violente e dannose traumatiche emozioni per il paziente possono quindi essere integrati i traumi nella totale personalità.

Sia nella prima fase della stabilizzazione che nella seconda fase dell'elaborazione del trauma, ma soprattutto nella seconda, si giunge ad una significativa diminuzione dei sopra descritti sintomi del trauma, così come di una progressiva integrazione delle separate sezioni della personalità, cosiddette sezioni dissociative della personalità, in una sola ed unica personalità.

A questo punto tuttavia bisogna mettere in guardia da un rapido inizio della fase della sintesi del trauma! Un inizio troppo rapido dell'elaborazione del trauma con una insufficiente stabilizzazione, può condurre ad un peggioramento di tutti gli esistenti sintomi del trauma e con ciò, attraverso una terapia, ad un conseguente peggioramento della malattia. Spesso viene richiesto da parte del paziente un rapido trattamento per una elaborazione del trauma a mezzo dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), che venne nella prima fase della stabilizzazione troppo poco considerata. Tuttavia una sintesi del trauma a mezzo dell'EMDR è sempre legata ad un progetto terapeutico e presuppone quindi un'ampia stabilizzazione.

Nella terza fase dell'integrazione del trauma dopo che il corrispettivo trauma mediante la seconda fase poteva essere sintetizzato, vengono rielaborate tutte le sensazioni che in relazione ai subiti traumi non erano ancora state prese in considerazione, vale a dire viene prestato un lavoro afflittivo od eseguita l'elaborazione degli ancora esistenti sensi di rabbia, sul quale al paziente non poteva mai essere fatto o che doveva subire.

Solo con l'efficace lavoro della terza fase spariscono del tutto i sopra descritti sintomi dissociativi del trauma e si giunge ad una completa integrazione delle scisse le une dall'altre sezioni della personalità ad una completamente integrata unica ed intera personalità.