

Gli effetti traumatici e post traumatici della violenza assistita nei bambini e adolescenti

scritto da Rivista Connessioni | 3 Gennaio 2024



di **Alessandra Amodeo, Chiara La Barbera, Sara Varvaro**

La violenza è un problema complesso legato a modalità di pensiero e di comportamento definite da una molteplicità di forze e dinamiche all'interno delle famiglie, degli individui e delle comunità.

La categoria della violenza non può essere ridotta ad un'esperienza monodimensionale e standardizzata in quanto viene costantemente ridefinita dai contesti rispetto ai quali è riferita. La cornice teorica di riferimento sistemico-relazionale ci impone di passare dalla linearità "vittima-colpevole" alla complessità relazionale del circuito della violenza utilizzando un'ottica circolare, propria della teoria dei sistemi.

Cirillo (1991) afferma che i rischi di rimanere all'interno di una visione lineare portano i terapeuti a soffermarsi sull'interdipendenza vittima-aggressore, correndo però il rischio di negare la legittimità di vittima, determinando così una seconda vittimizzazione. Sottrarsi da tale visione, tuttavia, risulta davvero complesso nel momento in cui si parla di maltrattamento e abusi sui minori. Per citare Bateson (1989), "la violenza sui piccoli risulta essere un cielo dove anche gli angeli esitano volare".

Per adottare il paradigma della complessità è necessario considerare i differenti aspetti della condizione umana, come la realtà psicobiologica, i processi relazionali e i fattori ambientali, come complementari tra loro, con un approccio interdisciplinare e consonante con gli sviluppi delle scienze dei sistemi complessi. Osservare e analizzare tali sistemi complessi significa adottare uno sguardo capace sia di cogliere sia il tessuto di relazioni tra i diversi attori che compongono la rete, sia i dialoghi tra politiche e pratiche concrete.

Tale visione vede la violenza come un processo che si estende nel tempo e che ha la tendenza a riproporsi. I comportamenti con cui la violenza familiare si manifesta, quindi, devono essere colti all'interno della trama transgenerazionale, in modo simile alla prospettiva adottata per valutare e aiutare le famiglie maltrattanti.

Il compito della terapia sistemica è quello di mettere in atto strategie di protezione sociale, ristabilire l'etica del rispetto reciproco, sottolineare il trauma e il danno subito per ritrovare la fiducia che dovrebbe regolare le relazioni interpersonali (Vannotti, 2005).

Byng-Hall (1991) introduce nella terapia familiare il concetto di "copione" (script), definito come una rappresentazione mentale di un comportamento di attaccamento. In tal senso, il comportamento violento può essere letto come la trasmissione, per l'appunto, di un copione familiare. Il "copione familiare" diventa così una formulazione concettuale "multipersonale", una metafora in grado di descrivere "tutti i membri della famiglia oltre le diadi e le triadi". Gli script familiari contengono indicazioni sul comportamento da adottare in determinate circostanze, su "chi fa che cosa" nell'affrontare le circostanze della vita e le relazioni interne al sistema.

Per comprendere le narrazioni di storie violente, è necessario prendere in considerazione il trauma che, spesso, si presenta sia in coloro che subiscono l'atto violento, che nelle storie di coloro che lo agiscono. Il rischio che si corre nel lasciare il trauma come un evento a sé stante è quello di renderlo indicibile e non narrabile, bloccando coloro che lo vivono in storie lineari e frammentate che alimentano l'aspetto dissociativo traumatico.

L'esperienza traumatica lascia un segno nella storia individuale e familiare e la interrompe, disorganizzando la capacità dell'individuo di leggerne la narrazione.

La prospettiva socio-costruzionista sottolinea come ogni persona dà senso alla propria esperienza e agisce nelle relazioni con gli altri a partire da un insieme di premesse e credenze personali che derivano dalla specifica posizione nella situazione interattiva, dalle esperienze vissute precedentemente all'interazione data o da quelle che vive nei propri rapporti con altri, dai sistemi culturali di riferimento. La retroazione di ogni soggetto ai comportamenti altrui o agli eventi dipende, quindi, dal proprio sistema di rappresentazioni, dal significato che, in base a questo, si attribuisce al comportamento altrui e dal tipo di risposta che si pensa di ottenere allo scopo di mantenere una coerenza all'interno del proprio sistema di rappresentazioni, e fra questo ed il proprio comportamento.

La violenza è un fenomeno che andrebbe decifrato con l'idea sistemica di emergenza e con l'idea cibernetica di retroazione: non esiste violenza al di fuori di un sistema, non esiste atto violento che non sia relazionale. Oltre che deprecabile, la violenza ha in sé una componente paradossale in quanto danneggia fisicamente e psicologicamente le componenti del sistema e delle loro relazioni, evidenziando dei tentativi costanti ma fallimentari di ripristinare degli equilibri sistemici.

Gli effetti neurobiologici del trauma causato dall'evento violento ci possono aiutare a comprendere alcuni comportamenti individuali ma soprattutto come l'intervento sistemico di elaborazione e cura possa contribuire a disinnescare alcuni funzionamenti individuali danneggiati, riuscendo ad attivare, nella e attraverso la relazione, altre parti del cervello. Chi subisce un trauma, a prescindere dall'età, diventa ipervigile rispetto a possibili segnali di

potenziale pericolo, con attivazione alternata del sistema ortosimpatico – con i conseguenti cambiamenti fisiologici deputati all’attacco/fuga – e del sistema vagale dorsale, che si attiva nelle situazioni di pericolo percepito come estremo (nelle quali non sono possibili né l’attacco, né la fuga). Dopo un trauma, il mondo è percepito con un sistema nervoso differente in quanto il trauma stesso interessa l’intero organismo umano: corpo, mente e cervello. Nel disturbo post-traumatico da stress il corpo continua a difendersi da una minaccia che appartiene al passato, per cui, guarire da questo disturbo significa interrompere questa condizione cronica di stress e ripristinare il senso di sicurezza.

MacLean (1990) teorizzò il modello del “cervello tripartito” categorizzandolo così come segue: la parte più primitiva, già attiva al momento della nascita, è chiamata cervello rettiliano e si occupa del mantenimento dell’omeostasi vitale; è altamente sensibile alla minaccia, per tutta la durata della nostra vita. Al di sopra, vi è il sistema limbico, il cui sviluppo inizia dopo la nascita ed è uso-dipendente. Il cervello rettiliano e il sistema limbico costituiscono il cervello emotivo cioè il cuore del nostro sistema nervoso centrale il cui compito è badare al nostro benessere, avviando la risposta attacco/fuga. Infine, lo strato superiore del cervello è la neocorteccia che si sviluppa per ultima a partire dal secondo anno di vita interessando in maniera principale i lobi frontali (corteccia prefrontale).

Dal punto di vista neurobiologico, il cervello emotivo ha la precedenza nell’interpretazione delle informazioni in entrata. L’informazione sensoriale relativa all’ambiente e allo stato fisico ricevuta dagli organi di senso converge nel talamo, dove viene elaborata, e poi trasmessa all’amigdala che ne interpreta il significato emotivo. Ciò accade alla velocità della luce: se viene rilevata una minaccia, l’amigdala invia messaggi all’ipotalamo, che secerne ormoni dello stress per difendersi dalla minaccia stessa. LeDoux (2012) nomina questo percorso la via breve. Esiste, però, un secondo percorso neurale, definito da Edelman e Gally (2013) la via lunga, definita così perché dura diversi microsecondi in più della precedente. Tale via va dal talamo, attraversa l’ippocampo e il cingolato anteriore, fino ad arrivare alla corteccia frontale e, quindi, al cervello razionale che ne dà un’interpretazione cosciente e molto più raffinata.

Se l’amigdala interpreta la minaccia come troppo intensa e/o se il sistema di filtraggio nelle aree corticali superiori del cervello è troppo debole, come spesso accade nel PTSD: le persone perdono il controllo delle risposte automatiche di emergenza e il controllo di impulsi ed emozioni è molto più difficile. Le strutture del cervello emotivo decidono se ciò che percepiamo è pericoloso o sicuro attraverso due modalità: dall’alto verso il basso (top down), modulando i messaggi dalla corteccia prefrontale mediale; dal basso verso l’alto (bottom up), attraverso il cervello rettiliano, tramite la respirazione, il movimento e il contatto.

Un effetto tipico del PTSD è la depersonalizzazione, ovvero la perdita del senso di se stessi, un sintomo dissociativo che si verifica quando la persona dissocia la paura, in modo da non sentire nulla, al contrario dei *flashback* che, invece, fanno rivivere nel presente tutte le emozioni traumatiche. Molti pazienti non riescono a percepire intere aree del loro corpo per il

semplice fatto che le loro percezioni sensoriali non funzionano. McFarlane (2010) sottolinea, infatti, che le persone con PTSD hanno, spesso, difficoltà a costruire un'immagine unica di sé.

Altri possibili effetti del trauma sull'unità mente-corpo possono essere: l'alessitimia, ossia l'incapacità di tradurre in parole le emozioni, il non essere in grado di riconoscere ciò che accade all'interno del corpo causa la mancanza di contatto con i propri bisogni, con una conseguente difficoltà a prendersi cura di sé; l'autolesionismo, con forme di abuso fisico e sessuale nell'infanzia, costituisce un forte predittore di ripetuti tentativi di suicidio e di atti autolesivi come il *cutting*. In tal senso, il comportamento autolesivo può essere letto come un tentativo di riparare sia ai sintomi causati dalla dissociazione, sia alla disregolazione emotiva che compare quando l'individuo prova dei sentimenti legati all'esperienza traumatica vissuta fortemente negativi, come la tristezza, il panico, la paura, la rabbia. Problemi di concentrazione e attenzione: avere un sistema biologico che secerne continuamente ormoni dello stress per affrontare minacce reali o immaginarie, implica lo sviluppo di problemi fisici, quali: problemi del sonno, mal di testa, dolore inspiegabile, ipersensibilità al tatto e al suono. Essere così agitati o spegnersi ostacola l'abilità di focalizzare l'attenzione e la concentrazione. La perdita di fiducia: le esperienze sfavorevoli infantili ripetute nel tempo possono danneggiare il sistema di attaccamento primario e alcune vittime manifestano la tendenza a un affidamento totale ai loro persecutori. Nelle esperienze traumatiche, l'area di Broca deputata al linguaggio e ai processi di simbolizzazione, risulta inoltre funzionalmente disattivata.

Come teorizzano Van der Kolk e Fisler (1995), le tracce della memoria traumatica non sono organizzate secondo una narrativa logica e coerente, ma in frammenti sensoriali ed emotivi. Secondo Williams (1995), finché un ricordo è inaccessibile, la mente non è in grado di cambiarlo ma, non appena una storia inizia ad essere raccontata, in particolare se la si racconta ripetutamente, è soggetta a mutamenti: l'atto di raccontare la storia cambia la storia stessa.

La dissociazione è l'essenza del trauma: la dissociazione strutturale, quella primaria, presuppone una personalità abbastanza integrata prima della traumatizzazione (trauma singolo), corrisponde al disturbo post-traumatico da stress e al disturbo acuto da stress. Il disturbo borderline di personalità, il disturbo da stress post-traumatico complesso, il disturbo da somatizzazione (quest'ultimo assorbito, nel DSM-5, nel disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati) rientrano nella dissociazione strutturale secondaria. Il disturbo dissociativo dell'identità nella dissociazione strutturale terziaria, è caratteristica dei traumi che, iniziati precocemente, si svolgono in modo continuativo nella quotidianità. Il disturbo da stress post-traumatico e i disturbi dissociativi sarebbero quindi gli estremi di uno spettro che comprenderebbe in posizioni intermedie il disturbo borderline di personalità, il PTSD complesso, i disturbi da sintomi somatici.

Partendo da tali riflessioni sugli aspetti neurofisiologici individuali, il caso clinico di Gloria può permettere di cogliere come il lavoro sul trauma, secondo la lente sistemica, possa

permettere al funzionamento individuale neurofisiologico di modificarsi attraverso il lavoro riflessivo con la mente relazionale integrando le parti frammentate per arrivare a far emergere in maniera graduale, un Sé relazionale compatto e coeso.

Caso Clinico di Gloria

Gloria è una ragazza di 22 anni che arriva in uno studio privato a settembre 2021. Il diploma del liceo artistico le ha dato la qualifica di grafico professionista e attualmente è una studentessa al terzo anno di lingue orientali, coreano e giapponese, dell'università di Pisa. L'inviante è la sorella Viviana, di 33 anni. Gloria riferisce di problemi legati all'ansia, come attacchi di panico e pensieri intrusivi che lei attribuisce alla sua infanzia difficile a causa delle continue liti tra i genitori, incolpando, in maniera particolare, il padre, Andrea. Gloria vive da sola con la madre divorziata dal 2010, Gisella, dal momento che la sorella si è sposata nel 2020 con Lorenzo. Il setting è individuale. Gloria riferisce di volere iniziare il percorso per affrontare il suo passato, controllare le proprie emozioni e risolvere i suoi problemi d'ansia.

Sin dalla prima seduta emerge la sua infanzia complicata caratterizzata da continue liti tra i genitori, che poi emergeranno in tutta la loro complessità, come forme di violenza domestica che Gloria ha vissuto costantemente per i suoi primi 10 anni di vita.

La paziente riferisce di un episodio che lei stessa definisce traumatico e che la segna profondamente: durante una delle tante liti, il padre prende la madre per il collo e la sbatte al muro, lei si mette in mezzo per aiutarla ma viene spinta a terra dal padre, battendo la testa e la spalla. Si chiude in bagno e chiama la sorella, la quale le dice: "è successo di nuovo?". Gloria inizialmente, con una modalità dissociativa, non riesce a connettere la frase della sorella a una situazione di trauma cumulativo a cui negli anni sono state esposte entrambe. Nel racconto di quell'episodio, Gloria riferisce di avere provato terrore, che si manifesta in tutta la sua forza anche nell'interazione clinica, come una riattivazione somatica. Quel terrore viene sentito dalla terapeuta: il trauma travolge chi ascolta tanto quanto chi ne parla. La terapeuta riesce a contenere il terrore e la relazione terapeutica inizia a diventare un posto in cui si possono cominciare a mentalizzare le emozioni, accoglierle senza impaurirsi e legittimandole.

Questa è l'ultima volta in cui viene picchiata dal padre, tuttavia, la violenza psicologica è continuata negli anni con frasi umilianti ("non vali nulla, fai schifo, sei brutta, non concluderai mai niente nella vita, la tua sofferenza non vale nulla"). Gloria, infatti, racconta che quando era costretta a trascorrere del tempo con il padre, perché lo aveva stabilito il giudice, in lei si riattivava il terrore vissuto durante l'episodio di violenza fisica.

Dalla somministrazione del test ACE di Felitti (2013), Gloria totalizza un punteggio di 7/10, confermando l'idea di quanto sia stata esposta ad esperienze sfavorevoli infantili che l'hanno gravemente danneggiata.

Mentre si affrontano questi temi, per un periodo di tempo, Gloria va a dormire a casa della

sorella e qui assiste a forti liti: la sorella inizia a litigare con il marito Lorenzo per il sospetto di tradimenti, già presenti prima del matrimonio. I due, oltre a scambiarsi insulti pesanti, cominciano anche a picchiarsi e Gloria si mette in mezzo, provando a farli calmare, ma tutto ciò che riceve sono vessazioni da parte di lui, così, decide di chiudersi in bagno, proprio come faceva quando erano i genitori a litigare e aspettare che le acque si calmassero. Anche il padre di Gloria tradiva regolarmente la madre e non solo: la picchiava persino mentre era incinta di Gloria, che apprende queste informazioni solo di recente a seguito di una conversazione con la nonna materna. Ciò che la turba profondamente è che le viene continuamente ripetuto da tutti che è vero che ha vissuto delle brutte esperienze ma che al mondo c'è di peggio e quindi non deve lamentarsi, anzi, deve affrontare la vita con il sorriso. Pemane, pertanto, una modalità comunicativa familiare centrata sulla squalifica, disconferma e soprattutto sulla negazione degli effetti traumatici delle violenze prima in Gloria bambina e poi la riattivazione in Gloria adulta. Costruendo il genogramma, Gloria inizia a parlare del fidanzato coreano e mostra la sua foto presa direttamente dal suo profilo Instagram: si tratta di Kim, cantante di una famosissima band coreana che vanta un numero elevato di hit mondiali. Sintomo dissociativo: lei vive nel mondo virtuale in cui costruisce relazioni significative in cui nessuno può farle del male.

Dopo qualche mese Gloria riferisce di avere avuto una lite violenta con la madre che le lancia una maniglia della porta, colpendola in testa. Riferisce però di non trovarsi in pericolo di vita. Racconta, inoltre, che la sorella Viviana di recente ha avuto un aborto spontaneo e che lei si augura che non abbiano figli perché pensa a quel nipote come a un'altra vittima del sistema violento e "io adesso devo pensare a salvare me stessa". Approfondendo il genogramma della famiglia materna emerge che anche qui c'erano delle dinamiche violente: spesso capitava che il nonno picchiasse i figli se si comportavano male o mancavano di rispetto ai genitori, tuttavia, la madre di Gloria, Gisella, sostiene che i genitori vanno sempre rispettati, anche se sono violenti, proprio perché sono genitori e si devono voler bene a prescindere da tutto e che la vita si deve affrontare sempre col sorriso. Lei vorrebbe che anche la figlia ragionasse così, ma non lo fa e quindi sono spesso in conflitto.

Andrea e Gisella, i genitori di Gloria provengono da famiglie in cui la violenza è la normalità e replicano il modello genitoriale che hanno appreso, ma nel momento in cui nella loro storia di coppia la violenza mette a rischio i più piccoli, la madre decide di separarsi interrompendo il ciclo della violenza di coppia, anche se il linguaggio violento continua ad essere perpetuato nelle relazioni tra la madre e Gloria, tra Viviana e il marito. La terapeuta ipotizza che ci si possa separare solo se si hanno figli da proteggere, tanto che Viviana e Lorenzo non si lasciano nonostante i tradimenti di lui e le liti continue in cui si picchiano regolarmente. Loro, infatti, non hanno una generazione da proteggere, anzi, ne impediscono la naturale continuazione non riuscendo a procreare.

Nessuno, a parte Gloria, è a conoscenza dei tradimenti del cognato: lei racconta che sin da bambina, era costretta dalla sorella a "spiare" il telefono di Lorenzo per accertarsi che lui non parlasse con altre ragazze quindi si trovava ad essere triangolata in questa coppia

disfunzionale, anche perché capitava che fosse lei stessa a scoprire altre relazioni. Questo le ha dato anche il ruolo di detentrica di un segreto che, se uscisse fuori, rovinerebbe l'immagine perfetta che la sua famiglia ha del cognato. Boscolo, Cecchin, Hoffman e Penn (2004) sostengono che se ci sono segreti che permettono ad alcuni di sapere qualcosa e ad altri no, nel sistema familiare si crea una sorta di ingiustizia, una delle cause più importanti di patologia, che in questo caso si manifesta con attacchi d'ansia in Gloria.

Nella famiglia di Gloria, rappresentata con il genogramma a livello trigenerazionale, il ciclo della violenza non si è mai interrotto ma si è in parte modificato e tutti, Gloria compresa, contribuiscono a mantenere l'omeostasi del sistema. Come terapeuti sistemici guardiamo alla famiglia come un sistema con delle regole da mantenere. Il termine "omeostasi" equivale, infatti, a stabilità o equilibrio mantenuto da meccanismi di retroazione negativa che agiscono per minimizzare il cambiamento.

Se osserviamo il caso clinico di Gloria con queste lenti, notiamo come ogni attore di questo sistema familiare ha una posizione/ruolo nel mantenimento dell'omeostasi che, in questo caso, coincide con il perpetuare alcune forme di violenza.

In questa storia, infatti, la violenza emerge tre livelli differenti:

genitoriale, in cui entrambi sono co-responsabili;

filiale, in cui si riconosce il ruolo di vittime e ognuno con le proprie modalità, contribuisce alla trasmissione intergenerazionale del fenomeno;

filo-parentale, Gloria riferisce di avere dato una volta un pugno sul naso al padre e quando descrive le liti con la madre lo fa utilizzando i termini "ci siamo picchiate".

La violenza serve a mantenere l'omeostasi familiare e non si conosce altro modo per comunicare che non sia questo.

In casi come questo va riconosciuto ai bambini il ruolo di vittime che, in quanto danneggiate dagli effetti del trauma, tendono a ripetere le modalità disfunzionali apprese come unica forma di comunicazione e di sopravvivenza alla relazione con l'altro anche da adulti.

Tutte queste riflessioni e connessioni portano Gloria a riconoscersi come vittima di un sistema familiare violento, ma anche co-responsabile del mantenimento di alcuni meccanismi omeostatici. L'effetto di queste riflessioni è che Gloria decide di trasferirsi a Pisa per studiare. Riferisce di sentirsi preoccupata per il trasferimento, soprattutto per i litigi tra Viviana e Lorenzo ma che ha deciso di non farsi più "mettere in mezzo". Il padre, descritto dalla paziente come un uomo con idee mistiche, continua a causarle problemi, mentre la madre è sempre più in conflitto con Gloria. Arriva il tanto atteso momento del trasferimento e la terapeuta sente che la paziente ha la possibilità di allontanarsi almeno fisicamente dall'ambiente familiare disfunzionale.

Gli incontri proseguono online. Per cercare di contenere l'ansia, che si manifesta soprattutto la notte con attacchi di panico, Gloria terrà un diario su cui scriverà ogni volta che sentirà il

prevalere del panico e dovrà descrivere: ora, luogo, pensieri ed emozioni.

Purtroppo, in questa fase, la terapeuta si trova a vivere un importante trauma familiare che le fa contattare direttamente la dissociazione, la rabbia, il dolore, l'impotenza, la derealizzazione, depersonalizzazione, l'ansia, l'insonnia, l'ipervigilanza, la stanchezza, la depressione, proprio come la sua paziente. La paziente probabilmente sente che le emozioni della terapeuta bloccano la relazione terapeutica e decide di sospendere per alcune settimane, mentre la terapeuta porta il caso in supervisione. Il Sé professionale della terapeuta è profondamente danneggiato e non le permette di fare le riflessioni che, invece, farà nei mesi successivi, grazie all'integrazione "meta" del lavoro di supervisione e della terapia personale.

È come se la terapeuta, inconsciamente, avesse manifestato in seduta il bisogno di sospendere per lavorare sul proprio trauma, su ciò che provava e che le impediva di occuparsi al meglio della paziente perché aveva bisogno di lavorare sul proprio Sé danneggiato. Questo coincide con la richiesta di Gloria di chiedere una sospensione delle sedute on line. È come se la paziente avesse autorizzato la terapeuta a prendersi cura di se stessa dicendole che dopo il terremoto avvenuto in Toscana che l'aveva tanto spaventata, "tranquilla, resisto anche alle calamità naturali, ti aspetto, prenditi il tuo tempo e cura le tue parti danneggiate prima di occuparti di me".

Gloria attiva verso la terapeuta l'atteggiamento protettivo che aveva imparato a sviluppare per proteggere la madre dalle violenze paterne. Una volta, ha raccontato che quando la madre era incinta di lei, il marito la picchiava; Gloria non ha avuto una madre protettiva, ma da proteggere, dunque, non ha potuto esprimere i propri bisogni di sicurezza e di protezione come figlia. Gisella, infatti, era troppo occupata a pensare alla sua sofferenza ed era troppo danneggiata per mentalizzare i bisogni di Gloria, che ha dovuto assumere il ruolo e la funzione di genitore del genitore, comportandosi da bambina adultizzata.

Nella relazione terapeutica, in questo passaggio del processo terapeutico, probabilmente si è ripetuto esattamente lo stesso script: è stata Gloria a proteggere la terapeuta assumendo temporaneamente il ruolo di cura, attivando, verosimilmente, la sua parte resiliente di vittima che protegge l'adulto in difficoltà.

Comprendere l'emozione diventa, per il terapeuta, altrettanto essenziale che fare ipotesi su alleanze e coalizioni, o capire quali storie sono narrate e da chi.

Bertrando (2014) afferma che il modo in cui ci sentiamo all'interno di un sistema ci conduce ad assumere determinate posizioni. La relazione, necessariamente complessa, tra sentimento e posizionamento, è ciò che possiamo definire "situarsi", cioè rendersi consapevoli sia della propria posizione nel sistema sia dello stato emotivo che volta per volta si connette a ciò che avviene nella relazione. Un'emozione, dunque, va considerata come elemento del sistema in grado di generare il cambiamento perché dà informazioni sullo stato della relazione reciproca tra i membri del sistema. Allo stesso tempo, il senso delle nostre emozioni è meglio comprensibile se abbiamo una nozione dei diversi contesti e sistemi in cui siamo immersi: io posso davvero sapere dove sono solo se so come sto emotivamente.

Interrogarsi sul “come sto” diventa costituente essenziale del “dove sono”, al contempo, il “dove sono” cambia la natura del “come sto”. Situarsi significa, quindi, sviluppare consapevolezza emotiva del nostro stare nella complessità. Il lavoro terapeutico diventa allora aiutare le persone a rendersi consapevoli dei livelli di relazione in cui si trovano e su cui agiscono, e diventare capaci di integrarli nelle loro risposte alle situazioni e ai contesti e questa stessa consapevolezza deve averla il terapeuta per essere autentico e credibile e accogliere il trauma dell’altro senza spaventarsene.

La terapeuta, dopo una breve sospensione per la gestione emotiva in emergenza del proprio trauma vissuto, ha continuato, con maggiore consapevolezza, a lavorare con la parte danneggiata e frammentata di Gloria “io ero una bambina che cercava cibo, non affetto”. La terapeuta decide pertanto, di lavorare sulle varie parti, in particolare con la parte bambina che si è dovuta mettere da parte troppo presto per fare spazio alla parte adulta che doveva occuparsi di placare le liti tra i genitori e scoprire se il cognato tradiva la sorella. La Terapia dei Sistemi Familiari Interni (IFS) di Richard Schwartz (1995) considera la psiche come un ambiente relazionale popolato da entità indipendenti, definite, appunto, parti. Le parti protettrici (i manager e i pompieri) formano alleanze ed entrano in conflitto l’una contro l’altra e possono essere molto severe o asfissianti con la parte che stanno cercando di proteggere o allontanare. Attraverso il lavoro di dialogo tra le parti, possiamo depotenziare i sistemi sopracitati, al fine di riattivare stabilità/benessere affinché il Sé possa, finalmente, assumere la guida del governo e attivare la guarigione. Tali premesse teoriche guidano la terapeuta in una delle ultime sedute, in cui Gloria parla di quanto è stato difficile e pesante per lei essere una bambina, tanto da sostenere che “tutti i figli meritano dei genitori ma non tutti i genitori meritano dei figli”.

La terapeuta la invita a pensare a tre dei suoi giochi preferiti entro i 10 anni e contattare le emozioni che questi le suscitano. La parte bambina giocava con i videogiochi dai 10 anni in su, giocava da sola o con il cugino e le emozioni che contatta sono prevalentemente nostalgia e malinconia. La terapeuta contatta la propria tristezza e tenerezza nell’accudire la parte bambina bloccata in un tempo passato e si connette con la propria infanzia, con la propria parte bambina per legittimare quella di Gloria. Durante una seduta in cui si parla della parte bambina, Gloria disegna un’anime, Sailor Saturn, la guerriera della distruzione e della rinascita, in una stanza piena di specchi. Rapportando questo disegno ai traumi e ai significati che ad esso sono stati associati, la paziente comprende che la distruzione è necessaria perché permette di ricostruire le parti danneggiate, come dice Gloria “la luce non può esistere senza oscurità, poiché senza luce o senza oscurità non ci sarebbe un equilibrio”. La terapeuta inizia un dialogo con questa sua parte bambina, le chiede quanti anni ha, cosa sta facendo, chi c’è accanto a lei in quei momenti e chi vorrebbe se non c’è nessuno, che emozioni prova verso quella bambina che dice di avere 4 anni. Gloria risponde che prova tanta tenerezza e vorrebbe tanto abbracciarla. La terapeuta le dà il permesso di farlo e chiede cosa vorrebbe dire la Gloria di adesso alla bambina di 4 anni. Lei inizia a piangere e tra le lacrime sussurra: “vorrei dirle di stare tranquilla perché in un modo o nell’altro riuscirà

ad affrontare tutto e la vorrei ringraziare perché è stata forte in quei momenti. Era solo una bambina, non è giusto, avrebbe meritato un'infanzia tranquilla, come la meritano tutti i bambini". A questo punto, la terapeuta chiede quanti anni ha adesso questa parte: "22, la mia età di adesso. Ora sono io l'adulta e mi devo prendere cura di lei".

Il dialogo di Gloria con la sua parte bambina esiliata ha permesso di fare uscire delle emozioni che prima erano proibite perché troppo dolorose e pericolose ma che, nel setting terapeutico, caratterizzato dalla relazione di accoglienza e condivisione, sono state legittimate venendo fuori e permettendo a Gloria di iniziare, gradualmente, ad integrare le parti del proprio funzionamento ampliando lo spazio di connessione con la corteccia prefrontale attraverso il lavoro relazionale della mente terapeuta-paziente. Il lavoro è ancora lungo e complesso, le parti da integrare sono molteplici, ma questa è la bellezza del nostro lavoro con la mente relazionale.

Bibliografia

- Bateson, G.; Bateson M. C. (1989), *Angel fear. Towards an epistemology of the sacred*, By Estate of G. Bateson and M. C. Bateson, trad. Ital. *Dove gli angeli esitano*, Milano, Adelphi, 1989.
- Bertrando, P. (2014), *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*, London, Karnac Books.
- Boscolo, L.; Cecchin, G., Hoffman, L., Penn, P. (2004), *Clinica sistemica. Dialoghi a quattro sull'evoluzione del modello di Milano*, Torino, Bollati Boringheri.
- Byng-Hall, J (1991), *Family script and loss*, in: Walsh, F. M. C.; Goldric, M. (a cura di) *Living beyond Loss: Death in the family*, New York, Norton Press.
- Cirillo, S. (1996), *Il trattamento della famiglia violenta e la trasformazione di un terapeuta sistemico*, in Andolfi, M.; Angelo, C.; De Nichilo, M. (a cura di), *Sentimenti e Sistemi*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Edelman, G. M.; Gally, J. A. (2013), "Reentry: A key mechanism for integration of brain function", *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7.
- LeDoux, J. (2012), "Rethinking the emotional brain", *Neuron*, 73 (4), pp. 653-676.
- MacLea, P. D. (1990), *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*, New York, Springer.
- McFarlane, A. C. (2010), "The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences", *World Psychiatry*, 9(1), pp. 3-10.
- Van der Kolk, B.A.; Fisler, R. (1995), "Dissociation and fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study", *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), pp. 505-525.
- Vannotti, M. (2005), "La terapia relazionale sistemica della violenza familiare. Un appello alla responsabilità", *Psicobiettivo*, Gennaio/Aprile, Vol. XXV 2005.
- Schwartz, R.; Sweezy, M. (2023), *Terapia dei sistemi familiari interni*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Williams, L. M. (1995), "Recovered memories of abuse in women with documented child

sexual victimization histories", *Journal of Traumatic Stress*, 8(4), pp. 649-673.

Foto di Gerd Altmann da Pixabay