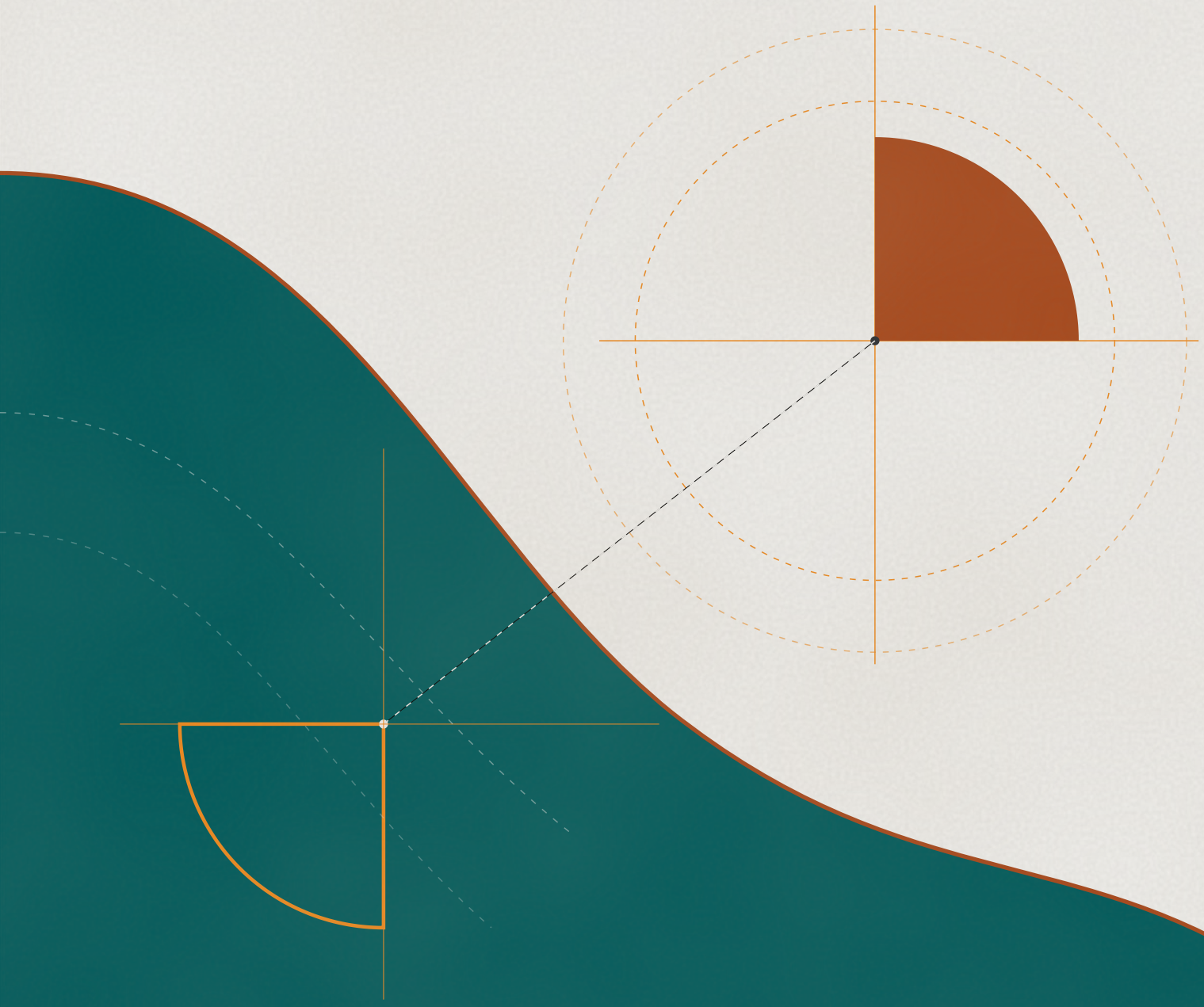


SEZIONE I · IL LIMITE E IL METODO

Trauma atto secondo: il risentimento, la vendetta, la ripetizione invertita

Riccardo Dalle Luche

Trauma atto secondo: il risentimento, la vendetta, la ripetizione invertita

Riccardo Dalle Luche

Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Unità Funzionale Complessa Salute Mentale Pistoia

ABSTRACT

L'articolo è la rielaborazione di varie lezioni tenute in questi anni in diversi contesti didattici. Il suo scopo è gettare una luce sul fatto che non solo e non sempre i disturbi post-traumatici si manifestano con dei sintomi noti e codificabili per un periodo breve o più prolungato nel tempo. Soprattutto per quella che è l'area dei traumi in età evolutiva dobbiamo sempre più confrontarci con situazioni cliniche nelle quali il o i traumi ripetuti (abuso, violenza assistita, rischio di morte violenta o morte assistita, altre esperienze a valenza traumatica) rimangono indelebili nella memoria, sebbene sottoposti ai classici meccanismi di repressione e rimozione. La presenza di aree traumatiche influisce negli anni cruciali dell'infanzia/adolescenza sullo strutturarsi della personalità. Molti disturbi del comportamento o aree disfunzionali della vita di relazione del'adulto, che spesso vengono etichettati come "disturbi di personalità" di vario tipo, sono riconducibili a traiettorie di sviluppo volte ad evitare accuratamente il ripetersi dell'esposizione traumatica oppure la gestione "attiva" della stessa, una vera sfida contro il mondo della paura e del rischio gestita, però, non più da vittima, ma da protagonista. Per questo molti traumatizzati diventano, nella vita adulta, essi stessi traumatizzatori, "rivisitano il luogo del trauma" ma questa volta dalla parte di chi gestisce il potere. Infine, una realtà clinica crescente è quella dei giovani che sviluppano un'intensa ideazione rivendicativa e recriminatoria rispetto alle figure parentali, come rivincita e vendetta per gli episodi vissuti come traumatici subiti presuntivamente per mano o causa loro nell'infanzia.

L'originaria area traumatica può dunque diversificarsi in un ampio ventaglio di configurazioni di personalità, variamente etichettabili, che si fondano da un lato su strategie fobiche e di evitamento, dall'altro di sfida e ripetizione rtuale degli eventi da protagonisti e non più da vittime, oppure della rivendicazione querulomane.

PAROLE CHIAVE **trauma; disturbi post traumatici (PTSD); disturbo post-traumatico complesso (cPTSD); traiettorie post-traumatiche a lungo termine; risentimento; vendetta; ripetizione invertita; vittimizzazione; disturbo borderline di personalità.**

PTSD e PTSD-complex

Esistono tre tipi di disturbi post-traumatici: lo **stress post-traumatico**, una reazione anche molto intensa ad eventi drammatici e catastrofi varie che dura un tempo limitato e rappresenta una modalità reattiva para-fisiologica; il **PTSD in senso stretto**, che è caratterizzato dalla persistenza dei ricordi traumatici, recenti o remoti, dalla loro **non archiviabilità**, dalla loro eterna presenza: l'abbiamo detto e scritto più volte, ed ora le neuroscienze l'hanno dimostrato che i cosiddetti ricordi

intrusivi sono percezioni non archiviabili, che quindi sono eternamente riattivabili come esperienze vivide: "*What appears to distinguish the intrusive memories in PTSD is that they are experienced as though they were happening in the here and now* " (Brewin et al.,2018).

Nel PTSD il soggetto non può che reprimere volontariamente la rievocazione dei ricordi ed evitare tutto quello che riattiva la rievocazione dell'esperienza traumatica. La sua strategia attiva è limitata allo *schivare i colpi*, ad evitare la sofferenza, attraverso un'attivazione continua dell'*arousal* che ad un certo punto diventa essa stessa la fonte di malessere, come la febbre dovuta ad un'infezione. I cosiddetti sintomi del PTSD, com'è noto, sono: l'agitazione notturna, gli incubi, i fenomeni di *re-experiencing* (quando la funzione inibitoria del richiamo mnesico fallisce), le condotte di evitamento fobico. Questo quadro, che può persistere nel tempo per mesi o anche anni, necessita spesso non solo del supporto psicologico, ma anche di quello farmacologico. La psicopatologia del PTSD è dunque molto semplice, ha un decorso variabile e può anche mantenersi laddove concomitino aspetti giuridico-legali e risarcitori.

Quando il paziente arriva alla nostra osservazione da adulto, dopo aver subito un trauma o più traumi in successione precocemente, in età infantile o adolescenziale, la situazione clinica che vediamo è molto diversa dai comuni PTSD. L'individuo ha infatti posto in atto inizialmente alcune difese elementari che Walker (2014) chiama The Four F's *(Fight, Flight, Freeze And Fawn Earlier),* cioè combattimento, fuga, congelamento emotivo e compiacimento per evitare ulteriori danni. La mente dei bambini (o adolescenti) traumatizzati gravita intorno ad uno o più di questi meccanismi per sopravvivere e man mano che il tempo passa queste quattro modalità vengono elaborate in strutture difensive più complesse, ad esempio narcisistiche (*fight*), ossessivo-compulsive (flight), dissociative (*freeze*) e collusive/codipendenti, cioè, come si diceva un tempo, perverse (*fawn*). Molto spesso queste modalità, sebbene efficaci in vista della neutralizzazione dell'esperienza traumatica, sono difettive dal punto di vista individuale, familiare, sociale.

Tutto, nei disturbi post-traumatici soffre dell'irreversibilità del tempo e della "persistenza della memoria" che, se non è eterna presentificazione (*vivid re-experiencing*) del trauma, è impronta permanente su alcuni tratti della personalità: il trauma o i traumi, in età evolutiva, in parole povere, alterano inesorabilmente la traiettoria della formazione della personalità.

A volte gli eventi traumatici non sono quelli che vedono il paziente in un ruolo diretto di vittima. Ad esempio sono "atmosfere traumatiche" bambini che assistono alle liti violente in casa, per i motivi più vari, oppure che sono coinvolti in situazioni "atmosferiche" e climatiche familiari legate alle rotture della coppia, alle separazioni e ai divorzi; oppure anche alle nuove situazioni che si creano dopo le separazioni (famiglia allargate: "non esistono famiglie ricomposte ma solo famiglie decomposte" –Houellebecq, 1997). Altre situazioni traumatiche infantili sono legate al bullismo osservato e minacciato anche se non direttamente subito; situazioni di terrore scolastico generato da sistemi educativi particolari; esposizioni ad attività che eccedono le capacità di controllo emotivo e così via. Oppure all'affidamento a vicini o parenti in contesti non familiari e privi di stimoli. Oppure a persone non gradite dal bambino. L'infanzia è una vera miniera di situazioni atmosferiche che plasmano il futuro paziente.

In tutte queste situazioni, fino a non molti anni addietro si parlava tout court di “disturbo borderline”, “stati limite” (Bergeret, 1989) o di “disturbo di personalità borderline”, lasciando sullo sfondo l’importanza degli eventi traumatici nella modificazione permanente della traiettoria di sviluppo.

Sono da qualche anno a questa parte l’attenzione dei clinici si è rivoto al PTSD detto, a giusta ragione, **“cronico e complicato”**, nel quale, nel corso del tempo dello sviluppo (psicosviluppo e neurosviluppo sono due processi distinguibili metodologicamente ma non ontologicamente) l’individuo ha strutturato tutta una serie di comportamenti non più solo di *coping* e di difesa rispetto all’impatto emotivo di eventi dannosi o che implicano violenza, aggressività o abuso, ma veri e propri pattern comportamentali atti a tenere sotto controllo i comportamenti che richiamano il trauma oppure a rovesciarne il senso emotivo. Se il trauma complesso, ripetuto nel tempo e complicato (per mancata tutela parentale, violenza assistita, abusi sessuali precoci etc.) ha fatto soffrire il bambino, adesso il soggetto divenuto adulto si pone in una posizione di controllo attivo, non è più lui a soffrire ma quelli che lo circondano. I comportamenti del paziente diventano quelli che con troppa facilità teorica ascriviamo ai “disturbi di personalità”. Sono quei pazienti che classicamente Kurt Schneider (1950) chiamava “personalità abnormi” in senso generale, “soggetti che soffrono o fanno soffrire” . Anche gli psichiatri tendono ad allontanarsi da questi pazienti come se non fosse loro compito tentare qualcosa anziché liquidare casi di questo tipo come “personologici”, parola terribile associata ad un totale nichilismo terapeutico.

Il C-PTSD presenta in effetti numerose sovrapposizioni con diversi Disturbi di

Personalità, in particolare con il **Disturbo Borderline di Personalità (DBP)**, cosa che ha portato alcuni autori a suggerire che la nuova diagnosi costituisca un’alternativa più valida e accurata per descrivere questi pazienti. Tuttavia, secondo altri studi i due disturbi dovrebbero essere mantenuti separati: ad esempio, nel C-PTSD, ma non nel DBP, è richiesta la presenza di un trauma in eziologia (cioè tra le cause) e i sintomi dissociativi hanno maggiore peso e sono in genere duraturi, non transitori. In aggiunta, per fare diagnosi di DBP non è necessario che siano soddisfatti i sintomi nucleari del PTSD (Cloitre et al., 2014). Non da ultimo non tutti i pazienti con C-PTSD hanno un chiaro, primario aspetto da disturbo di personalità. Sono necessari ulteriori studi per chiarire gli eventuali punti di sovrapposizione e di differenziazione.

Infine, anche altri disturbi di personalità possono emergere a seguito dell’esposizione traumatica: il Disturbo evitante di personalità (sovrapposto o meno alla fobia sociale e a certe forme di disturbo da spettro autistico), con le sue accentuazioni sensitive e paranoidi e la tendenza al ritiro sociale e alla claustrofilia; il Disturbo narcisistico di personalità, che può emergere come compenso rispetto ad un insulto traumatico. Perfino certi disturbi del comportamento alimentare hanno un’origine traumatica, ad esempio il caso da me lungamente seguito in cui una grave anoressia restrittiva si era sviluppata a seguito della scoperta traumatica di aver mangiato nell’infanzia il proprio coniglietto d’affezione, ucciso e cucinatole dal fratello maggiore.

Non da ultimo anche personalità che compiono gesti aggressivi, violenti o comunque antisociali, gli “psicopatici”, secondo l’uso più corrente di questo termine storico, possono avere origine in ambienti ed esperienze traumatiche precoci.

Trauma atto secondo

Considerando la psicopatologia come un processo continuo, che dal concepimento giunge alla morte, con fasi di sviluppo più importanti, come quello che dalla nascita va alla fine dell'adolescenza, l'adulto, anche il giovane adulto, si può considerare un "esito" che dobbiamo descrivere in termini della dinamica psicobiologica che l'ha "costruito". A quelli che sono transitati nell'area traumatica e sono sopravvissuti senza cedere alla paura e all'evitamento (e sviluppare quindi un PTSD), o che, paradossalmente, rivivono il trauma in termini di colpa personale, come se invece di vittime inconsapevoli ne fossero stati attori consapevoli (sovrapponendo i piani temporali dell'infanzia e della vita adulta) si contrappongono coloro che strutturano modalità abituali, e quindi spesso inconsapevoli, basate su ricostruzioni idiosincrasiche o distorte degli avvenimenti, risentimenti, vendicatività e rovesciamento del trauma da passivo a attivo. Ricordiamo la celebre frase de "Il danno" di Josephine Hurt (e del film di Louis Malle): "*chi ha subito un danno è pericoloso, sa di dover sopravvivere*". **Il soggetto impara a controllare la sofferenza ribaltandone il segno, padroneggiando attivamente tutte le emozioni legate agli eventi traumatici primari**. Attraverso queste traiettorie il danno subito porta ad esternalizzare la sofferenza, al contrario di altri tipi di personalità vulnerabili, nevrotiche o depressive, nelle quali la sofferenza è internalizzata. Quando è esternalizzata, la sofferenza viene riversata sull'entourage che la percepisce al posto suo. **Il soggetto da traumatizzato diventa traumatizzatore**. Si tratta a volte di processi più eclatanti, altre di percorsi quasi impercepibili o confinati nella sfera privata, che si manifestano solo occasionalmente per qualche comportamento socialmente o giuridicamente rilevante.

L'esempio più chiaro di ripetizione invertita o rovesciamento è quello delle "**psicopatie sessuali**" (un termine un po' antiquato che, come molti termini antichi, andrebbe ripreso) (Dalle Luche, 1996): ad esempio quello del pedofilo, che nasce pressoché invariabilmente come bambino abusato, o della prostituta che è avviata alla professione in tenera età (spesso dai familiari).

Ma la casistica è molto vasta, anche in sede di psichiatria forense e di valutazioni peritali, in quanto facilmente il comportamento sessuale può essere modificato in senso patologico come strategia compensatoria per i traumi (sessuali e non sessuali) subiti in età evolutiva. Il traumatizzato sessuale, sulla spinta delle pulsioni adulte, **tende a ritornare sulla scena del trauma** o, meglio ***la ricrea***, nel tentativo di tenerla sotto controllo: è questo un modo di *riesporsi* alla situazione che gli ha portato via il senso della realtà, nel tentativo di ritrovarlo.

In questo caso le possibilità sono due:

la prima è quella della riproposizione all'infinito, della situazione traumatica, in una sorta di *ritualizzazione perversa*;

la seconda è la perdita del controllo emotivo verso la realtà, che, rimanifestandosi nella sua intensità, trova impreparato il soggetto e, quindi, scatena o acuisce la psicopatologia.

Ma gli esempi sono infiniti: il bullizzato diventa bullo o agisce piccoli gesti antisociali, il timido isolato un attore sempre in scena, la bambina abusata una seduttrice implacabile, l'abbandonato un abbandonante e così via (non si tratta di dinamiche solo psicologiche: anche il bambino obeso diviene un adolescente smilzo che controlla ossessivamente la dieta o pratica sport di resistenza estremi, oppure il balbuziente diviene un grande oratore).

Ci sono poi le altre modalità di coping esternalizzato: **il risentimento e la vendetta**. Qui si mostrano sentimenti rivolti dai giovani adulti nei confronti dei loro genitori a cui vengono rinfacciati gli atteggiamenti e i comportamenti avuti nel passato. C'è in questi comportamenti qualcosa di più della classica "ribellione adolescenziale", ci sono sentimenti estremi, comprensibili nel loro significato ma "quantitativamente abnormi" avrebbe detto Schneider. La logica di queste convinzioni e argomentazioni mostra come il potere della vittima sia infinito e infinitamente replicabile in quanto i danni presunti e rivendicati sono irreversibili.

Anche qui, come nei ricordi traumatici del PTSD, lo stato attuale (spesso clinicamente rilevante) esprime sentimenti che non sono motivati dal presente ma dal passato: questo è un indice della loro genesi post-traumatica. Una figlia rinfaccia alla madre di aver lasciato andare via il padre quando lei era bambina, mentre un'altra, al contrario, di non averlo mandato via, nonostante i suoi comportamenti molesti e abusanti; e, per vendetta, ricerca uomini avanti negli anni che sostituiscano immaginariamente la figura paterna evaporata, nel suo vissuto, per causa materna, in modo da negare l'abbandono, controllarli e sottometterli. La *sovrapposizione dei piani temporali* porta alla luce anche una contraddittorietà logica nel discorso del paziente che, inconsapevolmente, sembra passare continuamente dal presente al passato, sovrapporre bisogni, recriminazioni, stati di dipendenza sofferta e di autonomia pretesa, senza rendersi conto della confusione che l'interlocutore percepisce. Perfino le dinamiche di transfert e controtransfert sono pervase da questa confusione di piani, con passaggi continui dalla ricerca di affetto all'ostilità, dalla collaborazione e l'accettazione della dipendenza terapeutica alla distruzione del legame.

L'elemento cerniera di queste trasformazioni post-traumatiche complesse è la pubertà, e non a caso la maggioranza dei disturbi psichici e dei comportamenti clinicamente rilevanti danno i primi segnali nell'adolescenza. Il dramma è che, per la natura stessa dell'adolescente, spesso chiuso alla comunicazione e alla discussione, l'intervento psicologico non è possibile durante la strutturazione del processo, lo sarà solo quando avrà raggiunto i suoi esiti, nefasti sul piano comportamentale: per questo l'atteggiamento del clinico finisce necessariamente per essere attendista se non fatalista e quando, per forza, arriva all'osservazione della psichiatria degli adulti, è troppo tardi per modificare schemi e modalità che, sebbene disfunzionali, hanno l'enorme valore di liberare dal male perpetuo del trauma in età evolutiva.

Il ritorno del trauma

É noto fin dati tempi del primo Freud, che il ricordo traumatico può ricomparire improvvisamente nella vita adulta, in modo inaspettato. Una donna il giorno della laurea ricorda da un sorriso del padre che da bambina è stata abusata ripetutamente da un amico del padre che ogni estate veniva

in vacanza da loro. Ne consegue una drammatica elaborazione con rivendicazione verso il padre che viene espulso dalla sua vita sulla base delle convinzioni emerse nel ricordo improvviso. Tra la coscienza del trauma e l'evento traumatico "rimosso" sono passato ormai decenni, e, come quando si riaprono le indagini per vecchi delitti, è difficile trovare prove e testimonianze valide. Nel caso citato il padre ha infatti inutilmente negato la veridicità dell'evento, ed obiettivamente, parlandoci, appare abbastanza difficile non credergli.

Il carattere traumatico di un evento può quindi essere dato alla *coscienza del trauma* e *dalla attribuzione di un significato traumatico ad eventi che sembravano essere transitati senza lasciare tracce*, o, almeno tracce disturbanti.

Ma nella vita adulta possono accadere delle esperienze traumatiche sconvolgenti per l'identità della persona, dovute al "ritorno in scena" di eventi dell'infanzia: ad esempio un uomo anziano, vecchio amico di famiglia dei genitori, bussa alla porta di quella che un tempo era una bambina a cui faceva complimenti e regali, confessandole, a posteriori, di essere il vero padre biologico, e chiedendole di riconoscerlo e accudirlo negli ultimi anni di vita, in cambio di una consistente eredità. Qui il trauma non ha le caratteristiche del cPTSD ma del comune PTSD e, semmai, del dilemma morale, in quanto l'identità adulta è ormai ben strutturata, tuttavia un supporto psicoterapeutico appare comunque necessario.

Bisogna da ultimo dire che non tutti gli episodi vissuti come traumatici in età evolutiva sono negativi: alcuni riassestano la personalità e la rimettono sulla corretta via. Sto pensando ad esempio a interventi genitoriali decisi, chiari, che mettono in risalto ciò che il bambino/adolescente avrebbe potuto fare e non ha fatto e che dovrà d'ora in avanti imparare a fare. Ci sono, cioè, delle traiettorie post-traumatiche che sono positive, i cui esiti finiranno, a posteriori, per annullare il potere negativo e distruttivo del trauma. Qui il discorso si allarga anche alle filosofie psicopedagogiche ed educative nelle quali non voglio entrare.

Terapia

Gli aspetti emotivi del PTSD vanno assolutamente curati per un tempo adeguato anche farmacologicamente in modo da ridurne la durata, la possibile cronicizzazione, la complicazione con alterazioni dell'umore e la compromissione funzionale che vi si associa.

Molto più complesso è l'intervento psicoterapeutico sul PTSD-c considerandone l'origine e la traiettoria traumatica. In nessun caso il trauma potrà essere annullato con tecniche estemporanee di derivazione ipnotica o comportamentista per il semplice motivo che il troppo tempo passato dalle originarie esperienze traumatiche ha costruito intorno a sè una complessa fortificazione difensiva che ha prodotto complesse ramificazioni mnesiche, sepimentazioni degli elementi nucleari, dissociazione tra comportamenti e vissuti; anche solo il lavoro di ricostruzione e di mentalizzazione da parte del paziente di queste strutture, divenute parte della personalità, è lunghissimo e faticoso. Inoltre quasi invariabilmente il lavoro di alleanza terapeutica e conquista della fiducia con questi pazienti è estremamente lungo e richiede spesso strategie ripetute, inframmezzate da fasi critiche, nuove misure difensive, ricadute nell'auto-trattamento

disfunzionale (ad esempio ri-creazione del luogo del trauma, ripetizione invertita dei comportamenti traumatici), episodi dissociativi quasi invariabilmente associati a disturbi dispercettivi che possono apparire psicotici. Anche sul piano terapeutico i c-PTSD riproducono l'andamento della relazione con i pazienti borderline tradizionalmente intesi, fatti di oscillazioni contropolari della fiducia e della stima, avvicinamenti seduttivi e paranoicizzazioni difensive, interruzioni e ritorni. In un certo senso anche la terapia e la sua durata sembra muoversi in un tempo fermo o, meglio, oscillante tra il *qui ed ora* e il *là per sempre* dell'attimo che ha sconvolto la vita e a volte tolto un futuro vivibile a questi pazienti.

Riferimenti bibliografici

Bergeret J, Depressione e stati limite. Tr. It. Il pensiero Scientifico editore, 1989.

Brewin CR. Memory and Forgetting. Curr Psychiatry Rep. 2018 Aug 28;20(10):87. doi: 10.1007/s11920-018-0950-7. PMID: 30155780; PMCID: PMC6132786.

Cloître M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. Eur J Psychotraumatol. 2014 Sep 15;5. doi: 10.3402/ejpt.v5.25097. PMID: 25279111; PMCID: PMC4165723.

Dalle Luche R., Varianti dell'idea di perversione. Psichiatria e psicoterapia analitica, Vol. XV, 3, pp. 203-2018, 1996.

Houellebecq M., Serotonina, tr. It. La Nave di Teseo, 2019.

Hurt J., Il danno. Tr. It. Feltrinelli, 1997.

Schneider K., Le personalità psicopatiche (1950). Tr. It Giovanni Fioriti, 2002.

Walker, P. Complex PTSD: From Surviving to Thriving: A guide and a map for and map for recovering from childhood trauma (English Edition) (pp.12-13). Azure Coyote Publishing. 2014.