

DISTURBI DELLO SVILUPPO TRA TEORIA DEL TRAUMA E RICONOSCIMENTO DEL DEFICIT.

Romeo Lucioni

Da un punto di vista psicopatologico, quando parliamo di malattia o di disturbi psico-mentali, dobbiamo affrontare costruzioni teoriche che, con le ricerche di Freud, si sono arricchite di concetti rivoluzionari come sono quelli riferiti al trauma psichico.

Se da un lato parliamo di:

- lesione
- mal funzionamento
- alterazione genetica
- disorganizzazione indotta da fattori di tipo ipersensibilità, intolleranza, alterazione del sistema immunitario

per altro lato troviamo:

- trauma psichico
- superamento delle difese psichiche determinato da una società che non offre più contenimento e che impone esigenze insopportabili e che diventa sempre più complessa e conflittiva
- disturbi dello sviluppo psico-mentale e psico-affettivo

ed inoltre:

- caratteristiche psico-patologiche determinate dalla struttura del carattere o della personalità del soggetto che deve rispondere alle esigenze familiari, sociali e relazionali.

La “vulgata professionale”, costituita dalle nomenclature del DSM 4 e dell’ ICD 10, con i loro 5-6 sintomi per definire e/o circoscrivere un quadro clinico, si continua a dimostrare incapace di dare una risposta alle attese individuali, familiari e sociali.

Oggi anche scienze come la psicologia, la psichiatria, la psicoanalisi, la sociologia e l’antropologia, sotto la spinta dei “fatti di cronaca” che rapidamente fanno il giro del mondo, si trovano in difficoltà a dare risposte, a chiarire le motivazioni di quanto succede (stupri, abusi infantili, omicidi familiari, perdita del senso di sé e di appartenenza, incapacità di riconoscere e di adottare un modello psico-sociale valido) e richiedono profonde revisioni.

Il concetto di *trauma*, preso dalla medicina, fa riferimento ad uno scontro violento, a una *effrazione* ed alle conseguenze che si verificano nella struttura.

Questo concetto, che fa riferimento ad un accadimento personale e ad una identificazione esatta (nello spazio e nel tempo), si riferisce anche alle condizioni esterne, sociali ed ambientali, oltre che alla suscettibilità del soggetto, che determinano le risposte, adeguate o no, a ciò che provoca ansia, angoscia e/o terrore.

Più tardi Freud ha messo in luce il conflitto edipico che si relaziona con la situazione traumatica del conflitto primario così da strutturare un vero e proprio trauma. È qui anche il momento in cui l’espressività assume il significato di “*corpo vissuto*” o “*corpo che parla*” proprio perché non è più riferita solo alla mente, ma ripropone tutta una serie di modi, atteggiamenti, situazioni, rapporti e relazioni.

Nelle funzioni somatiche si struttura il luogo dell'espressione simbolica che, con il "linguaggio corporeo", si struttura in un "sistema rappresentazionale". Questa porta aperta conduce la psicoanalisi a scoprire il "*disturbo da stress-post-traumatico*" che trova riconoscimento nel DSM IV come "*sintomi caratteristici che si evidenziano dopo l'esposizione ad un fatto stressante e/o estremamente traumatico che il soggetto vive come pericoloso per la vita e per la propria integrità fisica*".

Molti psicoanalisti trovano difficoltà ad identificare il "traumatismo psichico" come stress, anche se di importante entità.

Riferendoci ai testi di Freud, il traumatismo deve essere visto come una esperienza che supera il "principio del piacere" e mette il soggetto a confronto con "l'originario freudiano" (il "selvatico" di Claudio Risé; l'orda primitiva di Freud).

In principio, lo stress è un concetto impreciso proprio perché la parola designa:

- nell'ambito biologico: la risposta, più o meno adeguata, ad un determinato stimolo esterno;
- nello psicologico: rappresenta tutti i modi che ha l'angoscia di manifestarsi in situazioni nevrotiche, ansiose o depressive.

L'impiego di questo vocabolo serve però a spogliare l'individuo di tutto quello che gli succede (a livello conscio e/o inconscio) e, quindi, risulta come un mezzo comodo per negare l'esperienza soggettiva (liberandola anche da responsabilità).

Da questo punto di vista, il trauma è un'altra cosa.

E cioè:

in una frazione di secondo, l'individuo sente che la sua vita finisce; si vede morto o, ancor peggio, "svanito".

Quando la morte non avviene, l'individuo riprende la sua esistenza, si sente sollevato, svolge con regolarità gli impegni, ma

Nel giro di mesi o di anni si organizza quella che chiamiamo "*sindrome da ripetizione*". Succede che qualsiasi stimolo che faccia ritornare il ricordo dell'esperienza (*campanello d'allarme*), crea le condizioni per sperimentare nuovamente ed in forma totale, le sensazioni, i vissuti, le reazioni angosciose provate in conseguenza dello stimolo originario.

Non tutte le persone sono sottoposte a questa esperienza proprio perché:

- dipende dal tipo di stimolo che diventa incisivo per due fattori decisivi: la *sorpresa* e la *violenza del confronto*;
- la situazione personale del soggetto che può risultare più o meno *resiliente* (resilienza = capacità di resistere) o, nel versante opposto, trovarsi in situazione di debolezza psichica (per es., nei bambini e nelle persone anziane).

Da questo si desume che il trauma produce una *effrazione*, una rottura nell'apparato psichico che si manifesta come organizzazione di una "traccia mnesica" che resta nella psiche come "*oggetto persecutorio profondo*".

Come dice Norma Alberro, "*la morte di sé non è rappresentata nell'inconscio*" ed ogni uomo sa di essere mortale, ma, in fondo, non ci crede veramente e questo "... *gli permette di vivere e di parlare*".

È la *scena traumatica* che penetra nell'inconscio, collocandosi là dove non è attiva la "rappresentazione primaria" che si impone nell'apparato psichico (a volte in forma sgradevole), non potendo essere rimosso, ma solo spostato verso un'altra rappresentazione o soppresso.

Il trauma, quindi, non è solo una rappresentazione, ma un insieme di dentimenti e di vissuti estranei e dolorosi di annichilimento, di frammentazione, di

svenimento. Da questo, l'immagine del trauma trova di che alimentarsi e di perpetuarsi.

Il cosiddetto "*stress post-traumatico*" rappresenta il ritorno dell'esperienza che così continua a ripetersi nell'elaborazione inconscia, producendo uno stato di "vulnerabilità".

Da queste considerazioni, si deduce che il trauma ha un preciso riferimento alla persona (al contrario di ciò che avviene per lo stress) proprio perché sono le sue caratteristiche che ne determinano gli effetti. Se il soggetto porta in sé una "debolezza psichica" (come succede nei bambini e nelle persone anziane) è evidente che il trauma potrà superare le forze della resilienza psichica, producendo una disorganizzazione, sino ad evidenziarsi come blocco psico-affettivo (incapacità di amare) o come stato di tensione emotiva (emotività libera) che rappresentano quegli elementi pervasivi che inducono gravi deficit di funzionamento, caratteriali e personologici.

La puntualizzazione della posizione psico-analitica di fronte ai disturbi psicomentali (Gedo; Stolorow e Lachman; Eagle; Killingmo; Sifneos; Pine; Sugarman) ha portato così a definire due differenti motivi che determinano:

- *il conflitto intrapsichico*, risultato di una opposizione tra mete intrapsichiche differenti: desideri pulsionali, il codice morale ed anche un codice narcisistico. Questi codici sono il risultato di apporti degli oggetti interni ed esterni elaborati nelle dinamiche valorative.
- *il deficit dell'organizzazione dello psichismo o delle funzioni essenziali* che non arrivano a costituirsi compiutamente per motivi diversi:
 - 1) alterazioni strutturali (genetiche, neurofisiologiche, etc.);
 - 2) mancanza di un apporto o di sistema adeguato a causa di traumi infantili e/o di deficit dell'organizzazione familiare.

Gli apporti di Kohut hanno permesso di comprendere i deficit degli oggetti esterni che portano ad una *seria compromissione dello sviluppo della dimensione narcisistica della personalità*:

- autostima;
- ambizioni;
- obiettivi;
- ideali.

Pine e Bleichnar sottolineano invece l'importanza di altri fondamenti (non narcisistici):

- controllo degli impulsi;
- organizzazione degli stati affettivi;
- meccanismi di difesa;
- costanza degli oggetti;
- contenimento delle emozioni;
- strutturazione delle funzioni del desiderio.

A:

Questi aspetti sono particolarmente importanti se presi in considerazione per organizzare gli interventi terapeutico-riabilitativi che devono collimare con i

meccanismi psico-mentali che hanno provocato la comparsa delle mancanze, delle alterazioni e dei sintomi.

Su questo tema Gedo; Stolorow e Lachman; Cooper; Killingmo; Fonagy e Morgan; Pine; Rayner; Baker; Bleichmar, considerano la possibilità di superare un conflitto (disturbo da conflitto) attraverso:

- l'ampliamento del "sapere della coscienza";
- lo scoprire il significato occulto delle esperienze;
- lo scioglimento delle regressioni, promovendo il meccanismo di far fluire i contenuti inconsci, aprendo alla logica del subconscio e del conscio;
- controbattere gli effetti patogeni dei nuclei profondi inconsci, attraverso l'interpretazione, l'elaborazione ed il contenimento dell'angoscia e della colpa.

B:

Per affrontare i disturbi da deficit, l'intervento deve tendere a ricostruire le funzioni psichiche disarticolate o poco sviluppate. Si tratta di affrontare quel terrore persecutorio che risulta incomprensibile proprio perché deriva dalla inadeguatezza dei mezzi per poterli fare emergere, organizzare e capire. Il modello terapeutico deve cercare di chiarire cosa stia succedendo nei legami vincolari con gli oggetti interni ed esterni (Killingmo; Pine). *Per capire meglio queste problematiche possiamo riferirci al caso clinico di Matteo, nel quale è stato affrontato il significato che lega il disegno dei mostri con il padre ancestrale persecutorio (vedi).*

Su questo tema, Strachey sottolinea che l'interpretazione è stimolo fondamentale per affrontare i disturbi da conflitto (ampliare il sapere della coscienza), sciogliere repressioni e permettere la riorganizzazione dello psichismo.

La nostra esperienza ha portato a studiare una metodologia particolare che si può indicare come: "mettere nel terapeuta la colpa". Ciò significa che, quando il conflitto intra-psichico profondo e precoce è riferito per es. al rapporto con il padre (ritenuto abbandonico), cercare di chiarire questi vissuti e rimettere in gioco il rapporto con la madre, porta come conseguenza lo spostamento delle accuse del paziente dal padre al terapeuta e, quindi, l'agire contro questo (acting out o interruzioni improvvise) agisce come elemento liberatorio ed il paziente può ricominciare a prendere delle iniziative, proprio perché è riuscito a contenere le auto-accuse per le fantasie distruttive che avevano paralizzato il suo sviluppo psico-affettivo.

Sotto un altro profilo, possiamo dire che la rottura della predominanza anale (egocentrismo, chiusura su di sé, perdita degli affetti, ecc.) libera, in parte, le valenze affettive che si evidenziano come un Sé che può riconoscere le proprie qualità e potenzialità, può rimettersi in discussione senza la necessità di distruggere l'oggetto.

Nel processo terapeutico, il "cominciare a lavorare" (produrre un cambiamento) porta a scoprire le proprie capacità in maniera critica, a riconoscere le capacità del terapeuta, a poter accettare in confronto con gli altri, ad assumere una responsabilità verso se stessi.

Queste valenze significano un recupero delle componenti affettive che riescono a far delineare il valore degli oggetti che possono quindi essere utilizzati, ma anche memorizzati come "presenza costante" (permanenza degli oggetti), accettati anche nei loro cambiamenti e nelle loro parzialità.

Il soggetto comincia ad accettare anche la propria "mancanza", giungendo così a rispettarli liberandosi delle ansie e delle angosce che derivano dai sentimenti pervasivi di incapacità e di inadeguatezza.

Tutto ciò equivale a salvare l'oggetto che significa spostare il narcisismo dal sé all'oggetto, rinunciando a quello svuotamento oggettuale che aveva dominato il processo evolutivo e dello sviluppo.

C:

Se questo vale per i disturbi da trauma, per quelli da deficit Loewald propende per utilizzare altri mezzi terapeutici. Si tratterebbe di ricompattare e di restituire il mancante: sono gli "*interventi affermativi*" (Killingmo), tra i quali oltre alla "*interpretazione empatica ricostruttivo*" (Orstein e Orstein), segnaliamo la "*spiegazione empatica*" (Täka); la "*ricostruzione*" (Sandler); il "*contenimento bioniano*"; il "*sostegno winnicottiano*".

In questo ordine di idee, possiamo annoverare anche la E.I.T. (Emotional Integrating Therapy) che, fondamentato sulla relazione interpersonale e sulle valenze della timologia (scienza dei valori), tende a ricompattare le forze adesive dell'Io che così va adeguandosi positivamente alle spinte affettive e cognitive, ricollocandosi nel cammino dello sviluppo e della crescita.

Queste considerazioni sono state per noi un costante risultato deduttivo che ha accompagnato il lavoro clinico-terapeutico-riabilitativo nei disturbi dello sviluppo. In questi casi, possiamo confermare che i disturbi iniziano tra i 2 ed i 4 anni, cioè prima del consolidamento dell'organizzazione psico-affettiva.

Si tratta, quindi, di disturbi da deficit nei quali il piccolo paziente vive un "*terrore persecutorio*" che spesso abbiamo chiamato "Super-Io-ancestrale-persecutorio" o "Padre arcaico-castrante", senza che compaiano angoscianti sensi di colpa.

Si può pensare, quindi, che in questi casi, il disturbo non si possa riferire alla semplice mancanza di soddisfazione pulsionale, ma, come osservato anche da Balint; Winnicott; Bowlby; Kohut; Mahler et All.; Tolpin; Killingmo, possiamo riscontrare l'importanza di determinati *sistemi motivazionali* che prendono l'avvio dai vincoli interpersonali (Stern; Bleichmar; Kulka).

A questo proposito, Kulka sottolinea l'importanza di tre sistemi: *pulsionale; relazionale; narcisistico*.

Bleichmar ne riporta quattro: *sensuale-sessuale; narcisista; quello derivato dal desiderio di attaccamento e vicinanza; quello destinato ad evitare il dispiacere-dolore*.

Continuando questa analisi concettuale sulle problematiche legate alla compromissione dei meccanismi psico-mentali ed alle correlative pratiche psico-terapeutiche e riabilitative, possiamo ricordare anche le osservazioni di Lacan; Aulagnier e Laplanche che hanno portato a parlare di *costituzione* dello psichismo (in termini riferiti ad un *modello endogeno*) e del suo *funzionamento* (in termini di *modello esogeno*).

- GEDO, J.E.: *Beyond interpretation. Toward a revised theory for Psychoanalysis*. New York, International Universities, 1979.
- GEDO, J.E.: *Advances in clinical psychoanalysis*, New York, International Universities, 1980.
- STOLOROW, R.D. and LACHMAN, F.M.: *Psychoanalysis of developmental arrests. Theory and treatment*, New York, International Universities, 1980.
- EAGLE, M.N.: *Desarrollos contemporaneos recientes en psicoanàlisis. Una evaluaciòn critica*, Buenos Aires, Paidos, 1988.
- KILLINGMO, B.: *Problems in contemporary psychoanalytic theory. II. Lines of advance*, Scand. J. Psychol., 1985, pp. 63-73.
- KILLINGMO, B.: *Conflict and deficit: implications for technique*, Int. J. Psycho-Anal, 1989, 70, pp.65-79.
- KILLINGMO, B.: *Affirmation in psychoanalysis*, Int. J. Psycho-Anal, 1995, 76.
- STOLOROW, R.D.; ATWOOD, G.E.; BRANDCHAFT, B.: *The intersubjectivity perspective*, Nueva York, Jason Aronson, 1983.
- STOLOROW, R.D.; BRANDCHAFT, B.; ATWOOD, G.E.: *Psychoanalytic treatment. An intersubjective approach*, Hillsdale, Analytic Press, 1987.
- SIFNEOS, P.: *Affect emotional conflict and deficit: an overview*, Psychoter. Psychosom., 1991, pp. 116-122.
- PINE, F.: *From technique to theory of psychic change*, Int. J. Psycho-Anal, 1992, 73, pp.151-154.
- PINE, F.: *Some impression regarding conflict, defect and deficit*, The Psychoanalytic Study of the Child, 1994, 49, pp.222-240.
- SUGARMAN, A.: *Psychoanalysis treatment and conflict or deficit*, Psychoanalytic Psychology, 1995, 12,1, pp.55-70.
- KOHUT, H.: *The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Nueva York, International Universities, 1971.
- KOHUT, H.: *The restoration of the self*. Nueva York, International Universities, 1971.
- KOHUT, H.: *How does analysis cure?*, Chicago, University of Chicago, 1984.