

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Comprendere il trauma: una possibile applicazione di concetti e logiche della teoria dell'attaccamento nell'ambito clinico

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/105609> since

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)

This is the author's final version of the contribution published as:

C. Albasi. Comprendere il trauma: una possibile applicazione di concetti e logiche della teoria dell'attaccamento nell'ambito clinico. *GIORNALE ITALIANO DI PSICOLOGIA*. 38 (4) pp: 757-764.

When citing, please refer to the published version.

Link to this full text:

<http://hdl.handle.net/2318/105609>

COMPRENDERE IL TRAUMA: UNA POSSIBILE APPLICAZIONE DI CONCETTI E LOGICHE DELLA TEORIA DELL'ATTACAMENTO NELL'AMBITO CLINICO

CESARE ALBASI

1. INTRODUZIONE

La sintesi di Dazzi e Zavattini prende in considerazione le questioni centrali delle applicazioni della teoria dell'attaccamento al lavoro clinico e delinea, in modo esemplare, il quadro all'interno del quale deve collocarsi ogni discorso sul tema.

Avendo a disposizione questa cornice, quindi, è possibile partire dalle loro argomentazioni per esplorare le implicazioni cliniche di alcuni concetti.

Tra i risultati fondamentali della teoria e della ricerca sull'attaccamento annoveriamo senz'altro l'apertura a possibilità nuove e interessanti di riconoscere nel lavoro clinico, di studiare concettualmente, e di operationalizzare la nozione di trauma. Dei molti stimoli che l'articolo di Dazzi e Zavattini propone, sarà possibile qui raccogliere questo, che sottolinea come il lavoro clinico possa giovare di uno studio teorico dei nessi tra attaccamento disorganizzato, trauma, dissociazione, organizzazione borderline, sostenuti e dimostrati da molti autori (per la bibliografia in merito rimandiamo all'articolo stesso, e ad Albasi, 2006).

Dazzi e Zavattini evidenziano l'utilità, per una psicoterapia informata dai concetti e dalle logiche della teoria dell'attaccamento, di sviluppare un'attenzione clinica alle *capacità* psicologiche del paziente, oltre che ai contenuti del suo racconto, e in particolare alle capacità coinvolte nel costruire relazioni di attaccamento, necessarie allo sviluppo e alla salute per tutta l'esistenza. In questa direzione, il concetto di Modelli Operativi Interni Dissociati (MOID), del quale accenneremo, è un tentativo di formulare alcune osservazioni psicopatologiche nel linguaggio teorico del paradigma dell'attaccamento (Albasi, 2006, 2009, 2011).

2. UN UTILIZZO DEI CONCETTI DELLA TEORIA DELL'ATTACAMENTO PER
PRECISARE IL MODELLO CLINICO DEL TRAUMA E DELLA DISSOCIAZIONE:
I MODELLI OPERATIVI INTERNI DISSOCIATI (MOID)

A partire dal concetto di dissociazione formulato da Bowlby, è possibile tracciarne la traiettoria teoretica che precede Bowlby stesso per risalire a Ferenczi e Janet, e giungere ai principali autori che se ne sono occupati in senso clinico e di ricerca in una prospettiva relazionale¹. Secondo questa prospettiva, per fronteggiare i conflitti intrapsichici, le difese di livello nevrotico (di cui la *rimozione* è stata considerata un modello paradigmatico) comportano un blocco, o un'inibizione, di connessioni che sono state precedentemente stabilite (e dalle quali originano i conflitti). La *dissociazione*, invece, si riferisce a *connessioni che non si sono mai formate in modo strutturale*, anzi: che sono state impedito in anticipo compromettendo l'integrazione psichica. La dissociazione è attivata dal trauma.

La dissociazione può essere, quindi, interpretata come una rottura delle potenziali connessioni sia tra i livelli di funzionamento mentale impliciti procedurali e quelli espliciti (metaforicamente: dissociazione in senso verticale, tipo *distacco*) di ogni MOI, sia tra i differenti MOI (dissociazione in senso orizzontale, tipo *compartmentalizzazione*).

Se volessimo esprimere il concetto di dissociazione con i *termini paradossali* che richiede, dovremmo intendere la mancanza di connessioni come una *perdita della possibilità* di connessioni, che sono una *potenzialità naturale della mente*.

Il termine trauma rimanda all'idea di una rottura, ma la teoria dell'attaccamento ha dimostrato che la mente è un insieme di processi in via di sviluppo, essa stessa è una potenzialità. Il trauma, metaforicamente, rompe qualcosa che non c'è ancora (è un paradosso).

Come ricordano Dazzi e Zavattini, la ricerca nell'ambito del paradigma dell'attaccamento ha provato, in accordo con l'esperienza dei clinici, che la psicopatologia va compresa con attenzione alla conoscenza relazionale implicita procedurale dei MOI, alle capacità di costruzione delle relazioni di attaccamento (il «come»). La psicopatologia grave può evidenziare uno stravolgimento dei livelli procedurali e delle capacità necessarie per poter sperimentare soggettivamente la propria esistenza intesa come un insieme di potenzialità per realizzare se stessi nella vita intima di relazione. Può comportare problemi nelle capacità di: integrare autoregolazione e regolazioni interattive dei pro-

¹ Per riferimenti bibliografici più completi rimandiamo a: Albasi (2006, 2009); in ogni caso, citiamo qui i seguenti: Bromberg (2006, 2011), Stern (2010), Pizer (1998), Davies (1997), Liotti e Farina (2011), Lyons-Ruth (2006), Panero (2010).

pri stati (compartimentalizzazione di MOI evitanti o ansiosi); confidenza con l'esperienza interna e fiducia nelle valutazioni intuitive e nei propri affetti come informazioni essenziali per orientarsi nelle relazioni intime (distacco, dissociazione in senso verticale). Se tutte queste difficoltà si rivelano nel paziente, e se sono sostanzialmente compromesse le sue capacità di avere una base sicura (come nella disorganizzazione dell'attaccamento), si rende utile un concetto che sottolinea la discontinuità specifica di questa psicopatologia (rispetto a quella di livello nevrotico) e dei suoi processi costitutivi.

L'ipotesi teorico clinica dei MOID è coerente con una concezione processuale del trauma: evidenza che il costrutto di trauma è proficuo non per indicare una sorta «brutta esperienza» che non può essere ricordata (un contenuto, un «che cosa»), ma per intendere la forma stessa (un come) che il funzionamento mentale assume. I MOID impediscono attivamente uno sviluppo integrato, sottraendo esperienza a formulazioni articolate che sarebbero al servizio della soggettività e delle relazioni per crescere e realizzarsi (problema che l'AAI rileva).

I MOID sono un processo e *non corrispondono ad un contenuto particolare* (idea, affetto, ruolo o posizione pre-rappresentazionale in gioco) o a un sintomo psichico (o categoria nosografica).

Possiamo trovarci di fronte a confusione o angosce dissociate², piuttosto che *potenzialità creative*. I MOID testimoniano l'interruzione di potenzialità, indipendentemente dal loro segno o contenuto³.

L'ipotesi che i MOID *non* dipendano dalla «negatività» degli affetti dis-regolati, orienta la presa in carico clinica di patologie come le dipendenze o le perversioni, dove è indispensabile comprendere che il paziente cerca forme di vitalità specifica dissociata, e non semplicemente di evitare il dispiacere o cercare il piacere.

² Durante una psicoterapia, il concetto può rivelarsi utile per comprendere il cambiamento del paziente proprio al presentarsi di contenuti esperienziali nuovi, oscuri e primitivi, come la comparsa di figure persecutorie o stati depressivi che segnalano il contatto con i MOID: in questi casi, il paziente non sta peggiorando, anche se mostra sintomi preoccupanti; il trattamento sta funzionando (può succedere che, per un paziente che è stato abusato, sentire di avere in mente il diavolo può essere un progresso perché lui il «diavolo» lo ha conosciuto per davvero). Anche se in via teorica risulta comprensibile, nella pratica clinica è molto impegnativo riuscire accettare questi momenti, in cui ci si preoccupa molto per i pazienti, ed è difficile vederli come parte del cambiamento strutturale in corso (richiede coraggio e speranza, la stessa che chiediamo implicitamente ai nostri pazienti).

³ Alcuni pazienti hanno fatto esperienza di non essere mai riconosciuti quando «tavano per *rallegrarsi*», o erano *gioiosi*, ecc. (pensiamo al bambino che entra in stanza animato di gioia e la madre, sistematicamente, gli dice di smetterla, perché gli fa venire il mal di testa). Anche la gioia e gli affetti positivi possono non essere integrabili.

3. ATTACCAMENTI TRAUMATICI

La specificità traumatica dell'esperienza dell'incesto (che ha valore paradigmatico di trauma) è la falsificazione dell'esperienza soggettiva da parte delle figure di attaccamento, il suo disconoscimento sistematico (non si potrebbe abusare di un bambino se lo si riconoscesse come bisognoso di cure e come persona che svilupperà la sua mente nel legame in corso; questa «persona in via di sviluppo» deve quindi scomparire, morire, frammentarsi, dissociarsi e diventare strumento a disposizione della figura di attaccamento).

Considerando queste come alcune dimensioni essenziali del trauma, e se esse appaiono in paradigmatica evidenza nell'intensità dell'abuso sessuale, non sono però prerogative esclusive di questa esperienza puntuale⁴.

Se dal trauma focale e puntuale (l'evento di abuso), sulla scorta delle caratteristiche e dei processi che lo contraddistinguono dal punto di vista della soggettività e delle strutture mentali e relazionali, ampliamo la prospettiva, possiamo definire *attaccamenti traumatici* le relazioni di attaccamento in cui il legame è, paradossalmente, costituito dal sistematico invalidamento dell'esperienza soggettiva. Questo vale per la relazione genitore-bambino ma anche per ogni relazione di attaccamento, intese come relazioni dalle quali (essendo in gioco in esse la sicurezza, la regolazione affettiva, il riconoscimento della propria specificità) si dipende per la vita del proprio funzionamento mentale (che mantengono e danno vita a strutture mentali come i MOI) e per la definizione di sé; quindi, anche quelle con partner sentimentali nell'età adulta, la relazione psicoterapeutica, ecc.

Cionondimeno, le nozioni di trauma e dissociazione risulteranno utili al lavoro clinico se conserveranno una loro specificità psicopatologica: se non si considera come traumatica tutta la psicopatologia (una volta che sappiamo che la relazione è in ogni caso il fondamento della salute e della patologia); e se la nozione di dissociazione viene precisata e distinta da quella di *conoscenza relazionale implicita*.

⁴ Come dice Bromberg «la presenza del trauma e della dissociazione si riscontra nel funzionamento della personalità non solo delle persone la cui storia è contrassegnata da enormi violenze fisiche o da abusi sessuali, ma anche in quello di chi è cresciuto senza tali storie» (2006, p. 69). Oppure cfr. le ricerche di Lyons-Ruth (2006) che mostrano come sia il ritiro materno nell'infanzia ad associarsi all'attaccamento disorganizzato e sia di gran lunga il maggior predittore di sintomi borderline o dissociativi nell'adolescenza.

4. DISTINZIONE TRA EZIOLOGIA PSICOPATOLOGICA RELAZIONALE E TRAUMATICA

La teoria dell'attaccamento offre un modello teorico e solide basi empiriche per fondare un' esplorazione della psicopatologia (nei suoi processi costitutivi) squisitamente relazionale.

Lo sviluppo avviene nella relazione di attaccamento e quindi sia la salute sia la psicopatologia (nelle sue differenti manifestazioni e organizzazioni) sono da comprendere come forme di adattamento al contesto evolutivo.

Nella tradizione psicoanalitica abbiamo assistito, dopo un' iniziale negazione del trauma, alla formulazione di modelli misti che riservavano l'eziologia relazionale, come sinonimo di traumatica, alle organizzazioni più gravi e primitive, mentre spiegavano la psicopatologia nevrotica attraverso modelli intrapsichici e principi pulsionali; più recentemente, il concetto di trauma è stato invece evocato indistintamente per riferirsi all'eziopatologia relazionale.

Dal 2006, però, abbiamo a disposizione un importante manuale, il *PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico*, che fa riferimento alla teoria dell'attaccamento (PDM-Task Force, 2006, p. 23), prendendo quindi posizione e collocandosi con chiarezza in senso relazionale rispetto alla questione dell'eziopatologia, ma proponendo di formalizzare (manualisticamente) la diagnosi di differenti organizzazioni della personalità e riservando la nozione di trauma ad alcuni aspetti della psicopatologia. Il PDM può rappresentare un vitale riferimento scientifico per coniugare una psicopatologia fine e comprensiva con un sistema diagnostico applicabile nei differenti contesti istituzionali.

La psicopatologia può essere evidenziata sia in un *continuum* con la normalità (con differenze quantitative) sia ipotizzando salti qualitativi discontinui. Allora, come ha dimostrato la teoria dell'attaccamento, ci possono essere difficoltà a vivere il legame dell'attaccamento descrivibili come evitanti o come ambivalenti, ma ci può essere un altro tipo (qualità) di difficoltà che rivela come per alcuni soggetti il legame stesso di attaccamento sia disorganizzato. Questo tipo di difficoltà, nella teoria dell'attaccamento, è concettualmente definito come dimensione qualitativamente differente, e rivela una deficitarietà di processi di elaborazione degli aspetti necessari a strutturare una relazione come attaccamento⁵. I concetti teorici e i temi di ricerca concernenti

⁵ Quindi: un tipo di problema è mostrare insicurezza nell'attaccamento, un altro tipo di problematica rivela che alcuni soggetti è come se non sapessero (proceduralmente) proprio cosa sia: dis-organizzazione, non giocano allo stesso gioco, non sanno nemmeno di che campo si tratta; diversamente da chi vive centralmente problemi di insicurezza, che è come se facesse fatica a giocare il legame di attaccamento ma permane riconoscibile che è di questo che si occupa (non di abusare, manipolare, o torturare, ecc.).

la disorganizzazione dell'attaccamento e il trauma sono risultati utili (a clinici di differente orientamento teorico) per la comprensione della psicopatologia del *range* borderline (PDM-Task Force, 2006). Da questo punto di vista, basandoci su questi concetti, abbiamo sviluppato un sistema di facilitazione all'utilizzo del PDM per la diagnosi dei livelli di organizzazione borderline (cfr. www.pdm-qfm.com).

5. CONCLUSIONI

Per l'applicazione al lavoro clinico del paradigma dell'attaccamento ci è sembrata utile innanzitutto l'esplorazione delle connessioni tra la descrizione di Bowlby della dissociazione nei MOI, la ricerca sull'attaccamento disorganizzato, e gli studi relazionali sul trauma e la dissociazione.

La clinica del trauma e della dissociazione necessita di prospettive relazionali ed evolutive e di concetti paradossali, come quello di attaccamento disorganizzato. Sono necessarie, inoltre, applicazioni diagnostiche in sistemi condivisi⁶.

La disorganizzazione dell'attaccamento, attraverso la paradossale rigidità di organizzazione interattiva dettata dal funzionamento dei MOID, spinge il paziente a rimettere in scena, nelle sue relazioni intime e in psicoterapia, il profondo fallimento dell'incontro di specificità tra la propria soggettività e quella della figura di attaccamento. Egli si trova a chiedere, a livello implicito, di essere aiutato a riconoscere qualcosa che non è mai stato conosciuto (a «riconoscere il disconoscimento»), richiesta che contiene il bisogno paradossale di essere riconosciuti sia per quel che si è, sia per quel che si può diventare.

Il trattamento psicoanalitico classico dava per scontato che i pazienti fossero in grado di stabilire una relazione di attaccamento, ed è stato proposto da Freud come «cura di parole», che enfatizza le dimensioni simboliche e la consapevolezza, e svaluta (concettualmente) le dimensioni procedurali e la significatività dei gesti interattivi⁷. Gra-

⁶ È importante tenere distinta ma non disgiunta la psicopatologia dalla diagnosi clinica. In entrambe è utile disporre di integrazioni dell'approccio categoriale con quello dimensionale. I costrutti dell'attaccamento, considerati come dimensioni del funzionamento mentale, possono arricchire la costruzione del profilo diagnostico del paziente.

⁷ È evidente che, nella vita quotidiana, il prendersi cura dell'altro è sostenuto da gesti significativi, da azioni concrete con denso valore comunicativo; per molti anni si è invece voluto pensare che, nel prendersi cura psicoanalitico, questo non valesse. Questa distorsione, che spogliava le parole della loro dimensione relazionale pragmatica, del loro impatto nel funzionamento implicito, e la parallela svalutazione ideologica dei gesti e delle inter-azioni, è ancora più grave quando ci troviamo di fronte alla disorganizzazione dell'attaccamento, perché il bisogno di aiuto è proprio al livello delle conoscenze relazionali implicite per la costruzione di legami di attaccamento.

zie anche alla teoria dell'attaccamento, oggi possiamo contestualizzare in modo più ampio e completo quella prospettiva e guardare la psicopatologia e la psicoterapia anche dal punto di vista opposto: il trauma comporta deficit a livello procedurale e richiede la cura di questo livello (l'aiuto nel costruire una relazione di attaccamento). Abbiamo bisogno di teorie sofisticate del livello implicito e della dimensione procedurale e il paradigma dell'attaccamento si presta ad essere il loro più fecondo fondamento.

BIBLIOGRAFIA

- ALBASI C. (2006). *Attaccamenti traumatici. I Modelli Operativi Interni Dissociati*. Torino: Utet.
- ALBASI C. (2009). *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Milano: Raffaello Cortina.
- ALBASI C. (2011). *Adolescenza e trauma*. Milano: Franco Angeli.
- BROMBERG P.M. (2006). *Awakening the dreamer: Clinical journeys*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press (trad. it. *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Milano: Raffaello Cortina, 2009).
- BROMBERG P.M. (2011). *The shadow of the tsunami and the growth of the relational mind*. New York: Routledge.
- DAVIES J.M. (1997). Dissociation, therapeutic enactment and transference-countertransference processes. *Gender and Psychoanalysis*, 2, 241-259.
- LIOTTI G., FARINA B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- LYONS-RUTH K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 595-616.
- PANERO M. (2010). Teoria dell'attaccamento e psicoanalisi. Considerazioni su patologia e terapia. *Setting*, 29, 5-60.
- PDM TASK FORCE (2006). *PDM – Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations (trad. it. *PDM-Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008).
- PIZER S.A. (1998). *Building bridges: The negotiation of paradox in psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- STERN D.B. (2010). *Partners in thought: Working with unformulated experience, dissociation, and enactment*. New York: Routledge.