

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2020/2021

TESI DI LAUREA

La Resilienza al trauma e il potenziale della Loving-Kindness

DOCENTE 1° relatore: Prof. Laura Ferro

STUDENTE: N. 18 D03 074 Borello Rachele

Rachele Borello

INDICE:

Introduzione.....

CAPITOLO 1: Il trauma e il processo di resilienza.....

1.1 Le origini del trauma.....

1.1.1 L'approccio medico organicistico

1.1.2 Il concetto di trauma in psicoanalisi

1.1.3 Il trauma al giorno d'oggi: l'epidemia nascosta

1.2 L'incontro: il trauma e la resilienza.....

1.2.1 Le origini della resilienza

1.2.2 Il contributo della Denvelopmental Psychopatology e i primi studi sulla resilienza

CAPITOLO2: Verso la consolidazione del modello di resilienza al trauma.....

2.1 La Resilienza: un costrutto multidimensionale.....

2.1.1 Dai fattori di rischio e protezione a un modello multifattoriale

2.2 Il modello di resilienza al trauma.....

2.2.1 Il dolore, la vulnerabilità e la crisi

2.2.2 Le conseguenze neurobiologiche del trauma

CAPITOLO 3 La Loving-kindness meditation come cura e supporto alla resilienza.....

3.1 Le origini della Mindfulness.....

3.2 Calmare il cervello emotivi nei soggetti traumatizzati.....

3.2.1 La meditazione della gentilezza amorevole per il trattamento del trauma

3.2.2 La pratica

Conclusion.....

Bibliografia.....

Ringraziamenti.....

INTRODUZIONE:

Il trauma è un costrutto psicologico che riguarda tutti noi, dai nostri amici, ai nostri familiari a coloro che incontriamo per strada; chiunque, chi in misura lieve o grave, ha fatto esperienza di una situazione traumatica, che agisce su di noi, non solo andando ad intaccare il nostro senso di Sé, ma anche modificando la nostra esistenza. Questo perché il trauma lascia tracce sia nella quotidianità del singolo (nella mente, nelle emozioni, nella capacità di relazionarsi con gli altri, sul corpo), sia su larga scala, nella storia e nella cultura. La comunità scientifica, negli anni, ha unito le conoscenze sul tema, ampliando e circoscrivendo non solo l'esperienza traumatica situazionale, valutata in relazione alla gravità oggettiva dell'evento stressante e alla sua capacità di provocare un'alterazione permanente delle facoltà di adattamento del soggetto, ma ponendo attenzione, anche, all'esperienza traumatica relazionale.

Nonostante vi sia un processo di negazione tutt'ora in corso, che riveste tale costrutto, i dati ci mostrano come, situazioni potenzialmente traumatiche si verificano tutti i giorni anche nel nostro Paese. Basti pensare alla numerosità di eventi sismici e di altre entità naturali, all'elevato tasso di incidenti colposi, all'emergenza pandemica, alle situazioni di lutto, di abuso e di violenza domestica (dati che rappresentano un importante problema di sanità pubblica). Infatti, secondo un recente rapporto ISTAT del 17 maggio 2021, il 69% delle donne vittime di violenza che si rivolgono al numero verde, messo a disposizione dal Dipartimento pari Opportunità della Presidenza del Consiglio, dichiarano di aver figli, di cui il 59% minori. Nel 62% dei casi le vittime affermano che i figli hanno assistito alla violenza e, nel 18% dei casi, dichiarano che essi la hanno anche subita (Istituzioni, 2021). Questi dati ci mostrano quanto il nostro Paese necessiti

di un cambiamento culturale, che veda nella cura delle ferite traumatiche un obbligo morale e comunitario in grado di far sentire il soggetto all'interno di una rete sicura che lo coinvolga all'interno di un percorso di cambiamento positivo e duraturo, quindi resiliente. L'essere umano appartiene ad una specie resiliente, che nel corso dei secoli, è riuscita a tornare alla normalità dopo guerre, disastri di enormi proporzioni e impatto, situazioni di emergenza, dopo violenze e tradimenti vissuti. Questo termine, soprattutto negli ultimi anni, è entrato a far parte dei nostri discorsi, anche se spesso viene inteso con un'accezione completamente diversa. La Resilienza infatti, "non coincide con il sogno americano in cui tutto è possibile" (Malaguti, 2005 p.54) e non può nemmeno essere intesa come quella forza che rende felici le persone, come sostiene Michel Hanus (2001); dall'altra parte non può essere ridotta a "la sola forza d'animo" o "la sola forza di volontà" (Malaguti, 2005, p.54). Nel processo di Resilienza c'è molto di più, si parla di un vero e proprio percorso di crescita che può avvenire a qualsiasi età e non è una "caratteristica solo dell'infanzia" (Malaguti, 2005, p. 53). Ma se da un lato la Resilienza indica "la capacità dell'individuo di far fronte con successo alle avversità che incontra" (Rutter, 1987), sottolineando la capacità del soggetto nell'andare avanti e aprirsi delle nuove vie malgrado le circostanze difficili, dall'altro "la parte del nostro cervello deputata a garantire la sopravvivenza non è così abile nel farlo" (Van Der Kolk, 2014, p.4). Nel seguente elaborato questo aspetto verrà ampiamente chiarito, specificando e spiegando perché i soggetti traumatizzati, rimangono bloccati in uno stato di iperattivazione e vulnerabilità, anche molto tempo dopo la conclusione di un'esperienza traumatica, che può essere rivissuta dal soggetto, in qualunque situazione perché riattivata "al minimo accenno di pericolo" (Van Der Kolk, 2014). Aiutare la persona a ricostruire un legame positivo con il proprio corpo e la propria percezione di sé non

implica un intervento deciso ed intrusivo che vede il soggetto all'interno di una dimensione passiva, ma deve riconoscersi come responsabile del proprio processo di cambiamento. Queste risorse latenti possono essere attivate spontaneamente dalla persona o attraverso il sostegno di pratiche funzionali. La Mindfulness si è dimostrata in grado di esercitare un'influenza potente sulla salute, sul benessere e sulla felicità delle persone, apportando significative modificazioni anche a livello cerebrale e neuronale, modificando alcune strutture e attivando alcune aree del cervello e particolari connessioni neurali. Daniel Goleman e Richard Davidson, hanno aperto le porte alla Mindfulness nella cultura occidentale, scoprendo il velo di magia e di pregiudizio che essa si portava dietro essendo "una pratica meditativa che fa parte del quadro di un'antica tradizione" (Goleman & Davidson, 2017, p. 8). Essa, infatti, sottolineano i due autori, non è una pratica nata ad hoc per i trattamenti di questi specifici quadri clinici, ma in tempi recenti "è stata adattata come balsamo per le nostre moderne forme di angoscia" (Goleman & Davidson, 2017, p.9). Il seguente elaborato sarà, dunque, suddiviso in tre capitoli: nel primo verranno definiti e contestualizzati il trauma e la resilienza, sottolineandone la complessità e ripercorrendo le più importanti tappe storiche che hanno portato al consolidamento di una definizione operativa condivisa dalla comunità scientifica. Nel secondo verrà analizzata la relazione e l'incontro con il trauma da parte della persona, per poi focalizzarsi sull'avviamento del processo di resilienza ad esso correlato e infine nel terzo verrà introdotta una revisione della letteratura scientifica circa gli effetti e i benefici psicologici ed emozionali della Loving-Kindness, una particolare pratica di meditazione della Mindfulness, considerata come un importante fattore di mediazione per l'elaborazione di un evento traumatico e la resilienza.

CAPITOLO I: il trauma e il processo di resilienza

Il Termine trauma deriva dal greco e significa danneggiare, ledere. Il vocabolario della lingua italiana definisce questo termine come un “ Brusco sconvolgimento che determina effetti negativi” (Zingarelli, 2018, p. 2469). Secondo Van Der Kolk, uno dei più importanti pionieri nella ricerca e nel trattamento del trauma, esso si riferisce “all’impronta lasciata da quell’esperienza sulla mente, sul cervello e sul corpo” (2014, p.25). Generalmente, gli episodi traumatici vengono immaginati come situazioni estreme, inaspettate e di grande impatto emotivo, in grado di ridurre le risorse interne e le strategie di coping del soggetto. Ma gli eventi traumatici non sono tutti uguali o meglio, non sono riconducibili ad un’unica categoria. Possono essere episodi singoli e situazionali, di grave entità appunto o essere continuativi e cumulativi (esperienze soggettivamente disturbanti e ripetute nel tempo), manifestarsi in età infantile, adolescenziale, adulta e infine riguardare direttamente l’individuo o essere vissuti in modo vicario (Patti, Vassalli, 2014, Introduzione alla versione italiana).

Oggi tale costrutto sembra aver finalmente raggiunto una definizione condivisa dalla comunità scientifica, ma il percorso che ha portato alla classificazione del trauma in ambito clinico è stato travagliato.

La definizione esatta di resilienza è tutt’ora oggetto di dibattito. Essa, infatti, non ha ancora una definizione condivisa dall’intera comunità scientifica perché è un costrutto piuttosto recente comparso nella letteratura psicologica intorno agli anni 80’. Le caratteristiche essenziali della resilienza, sul piano psicologico, sono la competenza e il controllo durante la condizione di stress causato dal trauma, a cui si aggiunge il recupero ma anche la possibilità di un proficuo apprendimento per il futuro (Peirone, 2020). La resilienza è quindi legata al trauma, in quanto comporta un reset del sistema,

ormai disorganizzato, che non può tornare esattamente come prima, ma aprire le porte ad un lungo e positivo processo di cambiamento per il soggetto. Come evidenziato da Elena Malaguti, ricercatrice e docente presso l'università di Bologna, i soggetti che affrontando il trauma, innescando un seguente processo di cambiamento hanno in comune, “una personalità ferita, ma resistente” (2005, p.48). In questo capitolo si cercherà dunque di ripercorrere il processo di consolidamento teorico in ambito psicologico di questi due costrutti, sottolineandone la complessità e spiegando perché gli studi sulla resilienza abbiano rappresentato un nuovo punto di partenza per la trattazione del trauma.

1.1 : Le origini del trauma

La concettualizzazione di tale costrutto è complessa. Se ad oggi la comunità scientifica è in grado di riferirsi ad un unico modo di intendere e leggere i fenomeni traumatici, questo risultato si deve alle molteplici riflessioni concettuali e storiche che si sono sommate, integrate e a volte totalmente sostituite nel corso della sua evoluzione. Per questo motivo di seguito verranno ripercorse le tappe principali di questo percorso di perfezionamento, attraverso un viaggio storico selettivo, sull'origine, l'evoluzione e la consolidazione del trauma in ambito medico-psicologico.

Alla fine del XIX secolo, per la prima volta, la medicina si occupò dello studio della memoria traumatica. La psichiatria, fin dal principio, si è interrogata circa la soggettività o l'oggettività del trauma psichico e sul suo essere o meno legata a qualche aspetto di vulnerabilità del soggetto. Questi hanno guidato i primi dibattiti scientifici, a tratti altalenanti, relativi al trauma e i suoi effetti.

1.1.1 : l'approccio medico organicistico

L'approccio medico organicistico inaugurò gli studi sul trauma, focalizzandosi sull'individuazione di interconnessioni esistenti tra mente e corpo, concepito come una macchina il cui danno era riconducibile ad un evento esterno. Eric Erichsen nel 1866, in Inghilterra pubblicò *“On railway and other injuries of nervous system”*, in cui parlava di una sindrome conosciuta come *“railway spine”*, relativa alle conseguenze psicologiche di incidenti ferroviari che causavano la perdita della memoria (Matus, 2001). Questa sindrome includeva stanchezza, ansia, disturbi della memoria, irritabilità, disturbi del sonno e incubi. Tuttavia, secondo questa ipotesi teorica i problemi psicologici dei pazienti, feriti durante incidenti ferroviari, erano riconducibili a lesioni organiche alla spina dorsale (per questo motivo sindrome della spina dorsale ferroviaria).

L'approccio medico organicista, dunque, si focalizzava principalmente sugli stimoli sensoriali e sulla loro capacità di lasciare un'impronta nella mente (Hellenberger, 1970), in modo particolare negli organi di senso, la cui profondità era direttamente proporzionale all'intensità dello stimolo.

I pionieri della neurologia del trauma sono considerati Jean-Martin Charcot, Sigmund Freud e Pierre Janet, come riportato da Hellenberger nel testo *“La scoperta dell'inconscio del 1970, poiché inaugurarono le prime teorizzazioni sulle memorie traumatiche, definendole agli albori come segreti patogeni o parassiti mentali (1970)*. Charcot, fu il primo che avviò numerose indagini tenutesi alla Salpêtrière sull'isteria, un disturbo mentale caratterizzato da crisi emotive, suscettibilità alla suggestione, contrazioni e paralisi muscolari, che sembrava colpire maggiormente la popolazione femminile attraverso una costellazione sintomatologica che non poteva essere spiegata da cause fisiologiche. Fu proprio in quegli anni che gli studi sull'isteria divennero una

finestra sui misteri della mente e del corpo (Hellenberger, 1970). Charcot portò avanti studi accurati sui correlati neurofisiologici e fisiologici dell'isteria, sia negli uomini che nelle donne. Nel 1899 pubblicò il caso di un paziente: Lelög, che presentava una paralisi alle gambe sviluppatasi in seguito ad un incidente in carrozza. Nonostante il forte impatto che ebbe con il terreno durante la caduta, che gli causò anche una momentanea perdita di coscienza, le gambe di Lelög sembravano non aver subito lesioni. Non era spiegabile questa sua successiva paralisi. Charcot scoprì che poco prima di svenire, Lelög aveva visto le ruote della carrozza avvicinarsi e aveva fortemente creduto che sarebbe stato investito. Inoltre, il paziente sembrava non conservare alcun ricordo (Charcot, 1889). Secondo Charcot (1889), Lelög, come una serie di altri pazienti della Salpêtrière esprimeva i suoi vissuti attraverso il corpo; aveva sviluppato una paralisi alle gambe, piuttosto che ricordare l'incidente. Charcot in quanto neurologo rimase ancorato all'approccio organicistico, ma attraverso i suoi studi aveva ampiamente dimostrato come un'idea, agisse come parassita (Hellenberger, 1970) insidiatasi nella corteccia motoria.

1.1.2 Il concetto di trauma in psicoanalisi

La psicoanalisi nacque nei reparti della Salpêtrière, quando nel 1885 Freud, accompagnato da Breuer, si recò a Parigi da Charcot. I due medici viennesi citarono Charcot in un loro brillante articolo sull'isteria "Comunicazione preliminare sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici del 1892", nel quale riportarono come "l'isterico soffrirebbe, per lo più, di reminiscenze" (1892, p. 175). Questi ricordi, secondo i due medici viennesi, non sarebbero soggetti al "regolare processo di logoramento che subiscono i ricordi normali, ma tendono persistere per un lungo periodo ed essere dotati di un straordinaria freschezza" (Van Der Kolk, 2014, p.208).

Breuer e Freud credevano dunque, che le memorie traumatiche fossero perse dalla coscienza ordinaria sia perché la natura del trauma escludeva una reazione, sia perché iniziate in occasione di emozioni gravemente paralizzanti, quali il terrore (Van Der Kolk, 2014). Dunque, è il ricordo del trauma ad agire come un corpo estraneo e questo deve essere considerato come un agente invasivo, anche molto tempo dopo la sua intrusione. Freud, a differenza di Breuer che parlava di isteria ipnoide, pone l'accento sul contenuto dei ricordi, sostenendo che il paziente esclude il più possibile dall'associazione le esperienze dolorose che vuole dimenticare. Secondo Freud (1892) il non sapere degli isterici era dunque un non voler sapere. L'origine dell'isteria, quindi, sarebbe sempre da riferirsi a un unico meccanismo, quello di una difesa dalla spiacevolezza di una situazione che diverrebbe perciò traumatica: isteria da difesa (Freud, 1892). In una prima fase che va dal 1893 al 1897, Freud sosteneva che alla radice di ogni nevrosi vi fosse un trauma reale rappresentato dall'introduzione prematura della sessualità nell'esperienza del bambino; in seguito, al racconto degli orrori descritti dai reduci della Prima Guerra Mondiale, egli sottolineò come l'elemento centrale del trauma fosse la mancanza di una memoria verbale e il fatto che se una persona non ricorda è più probabile che agisca (Van Der Kolk, 2014). Nello spiegare quest'ultimo punto, Freud riteneva che se una persona non avesse ricordato assolutamente nulla degli elementi che ha dimenticato e rimosso, piuttosto gli avrebbe rimessi in atto. Quegli stessi elementi riprodotti riaffiorano sotto forma di azioni (il ripetere avviene senza rendersene conto) e non sotto forma di ricordi.

A modellare i primi passi compiuti dalla psicoanalisi, furono però gli studi di Pierre Janet, che nel 1889 pubblicò il primo resoconto scientifico sullo stress traumatico intitolato: "L'automatismo psicologico", nel quale descrisse 591 pazienti in cura nella

clinica francese e in 257 casi riscontrò una psicopatologia di origine traumatica. Egli propose che all'origine del quadro clinico, che oggi viene denominato PTSD, vi fosse l'esperienza di emozioni veementi o un'attivazione intensamente emotiva. Questo spiega come i soggetti, dopo essere stati traumatizzati, continuano in modo automatico a ripetere le stesse azioni e a provare le stesse emozioni e sensazioni legate al trauma.

Janet si concentrò principalmente sui pazienti e sui loro vissuti, così da cercare di capire che cosa stesse accadendo nella loro mente. Il caso clinico di Irene (Janet, 1889), una giovane donna che era stata ricoverata in seguito alla morte della madre per tubercolosi, venne pubblicato nello stesso anno in cui Charcot pubblicò il caso di Lelög. Il caso clinico di Irene resta tutt'ora uno dei più noti. Questa giovane paziente aveva passato gli ultimi mesi ad assistere la madre ormai inferma e a lavorare fuori casa, così dal potersi permettere il pagamento delle bollette. Quando la madre morì, Irene, ormai esausta dallo stress e dalle poche ore dormite, continuava a negare la morte della madre anche di fronte l'evidenza. Oltre a non ricordare la morte della madre questa giovane paziente nell'arco della settimana fissava, in uno stato di trance, un letto vuoto e cominciava a prendersi cura di una persona immaginaria. Riproduceva in modo pedissequo i dettagli della morte della madre, ma non li ricordava (Janet, 1889). Aveva acquisito un automatismo (Janet, 1889), termine che sottolinea la natura involontaria e inconscia delle azioni. Da una parte Irene non aveva accesso a un ricordo consapevole della morte della madre, tanto da non riuscire a raccontare alcuna storia sull'accaduto (Van Der Kolk, 2014) e dall'altra era costretta a mettere fisicamente in atto gli avvenimenti legati alla morte della madre (Van Der Kolk 2014).

Janet fu il primo a distinguere la memoria narrativa (1889), la storia che le persone raccontano del trauma, dalla memoria traumatica (1889), attivata da specifici "*trigger*".

Nella psicotraumatologia la parola “*trigger*”, grilletto, si riferisce a qualunque segnale, situazione o evento capaci di innescare una risposta traumatica, riattivando le stesse emozioni, cognizioni e sensazioni presenti e vissute nel momento in cui esso si è verificato nel passato (<https://www.stateofmind.it/tag/trauma-esperienze-traumatiche>).

Nel caso di Irene il trigger era stato un letto.

Secondo Janet (1889) la memoria narrativa ha una funzione adattiva e ha un carattere sociale. Le nostre storie sono flessibili e possono essere modificate per adeguarsi alle circostanze e plasmare la nostra esperienza. Mentre la memoria traumatica (Janet, 1889), “non ha niente di sociale” (Van Der Kolk, 2014, p 207) poiché non permette ai soggetti traumatizzati di assimilare nuove esperienze. Queste ritualizzazioni, ovvero queste tendenze a ricreare il passato traumatico da parte dei soggetti traumatizzati, sono congelate nel tempo, immutabili e sono spesso esperienze isolate, umilianti e alienanti. Janet coniò il termine dissociazione (1911) per descrivere la scissione e l’isolamento delle tracce di memoria che osservava nei suoi pazienti. Scrisse che quando questi dissociano le loro esperienze traumatiche: “si attaccano a un ostacolo insormontabile” (Janet, 1925, p.660). Non riescono a integrare le loro memorie traumatiche e sembrano perdere anche la loro capacità di assimilare nuove esperienze. È come se la loro personalità si fosse bruscamente fermata e non riuscisse più ad aprirsi a nuovi elementi e alla loro assimilazione (Janet, 1911). Janet, inoltre sottolineò, come la nostra mente sia solita a cambiare e distorcere la nostra memoria, mentre i pazienti traumatizzati sono incapaci di lasciarsi alle spalle l’evento reale, l’origine di quei ricordi (1911). La memoria normale integra gli elementi di ciascuna esperienza all’interno del flusso continuo dell’esperienza di sé, attraverso un complesso processo di associazione (Van Der Kolk, O. Van Der Hart, 1989). Le teorizzazioni attuali sul trauma, in particolare gli

studi condotti da Lanius e Frewen, all'interno del loro scritto "La cura del sé traumatizzato" del 2015, sottolineano come a causa della dissociazione i soggetti sviluppano una graduale perdita dei seguenti domini: tempo, pensieri, corpo emozioni. Come cita Van Der Kolk "la dissociazione impedisce al trauma di integrarsi all'interno dei magazzini della memoria autobiografica, creando in sostanza un sistema di memoria durale" (2014, pp. 207 – 208).

Dunque, le intuizioni di Janet rappresentarono i primi studi all'approccio del fenomeno dissociativo, che rappresentava, secondo l'autore, il fulcro della psicopatologia.

1.1.3 Il trauma ai giorni nostri: l'epidemia nascosta

Con la morte di Charcot nel 1893 e la nuova teorizzazione di Freud, che raggiunse rapidamente popolarità, vi fu una momentanea perdita di un approccio di indagine medico sull'origine del trauma. Freud sconvolse l'ambiente accademico viennese di quegli anni, distruggendo anni e anni di storia filosofica che vedeva l'Io come istanza psichica consapevole e cosciente. L'introduzione del concetto di inconscio rappresentò la nozione cardine della psicoanalisi (Galimberti, 2001), che divenne il paradigma per eccellenza, andando a sconvolgere l'intero panorama europeo.

Con lo scoppio della Seconda Guerra Mondiale, medici e psicologi si ritrovarono a dover curare un numero illimitato di soggetti affetti da strani sintomi psicologici, condizioni mediche inspiegabili e perdita della memoria. La diagnosi maggiormente diffusa era quella da "NYDN, Not Yet Diagnosed Nervous, problemi nervosi non ancora diagnosticati" (Van Der Kolk, 2014, p.214). Psichiatri e i clinici si ritrovarono inoltre, a dover gestire l'elevato numero di soggetti, che imprigionati nel trauma, commettevano azioni violente, avevano reazioni spropositate e fin troppo eccessive nei confronti delle loro famiglie e non solo. Fu così che venne introdotto un tipo differente

di terapia, in grado di accogliere l'elevata richiesta di sostegno psicologico: la psicoterapia di gruppo. Seguirono numerosi studi, condotte da psichiatri come Bion e colleghi della Tavistock Clinic in Gran Bretagna, Foulks e Menninger della Menninger Foundation in Kansas, negli Stati Uniti.

La ripresa degli studi sul trauma si devono però, principalmente alla Guerra in Vietnam e alle conseguenti azioni legali intraprese dai Veterani e dal Femminismo. Fu proprio quest'ultimo fenomeno sociale a portare in primo piano episodi che per secoli erano stati tenuti nascosti, quali la violenza sulle donne, sui bambini e i casi di stupro in ambito familiare. Le conseguenze delle vittime di abuso, confrontate con quelle dei Veterani, mostravano una sintomatologia comune rappresentata da flashback, incubi notturni e un continuo stato di iperattivazione prolungata più del normale (Van Der Kolk, 2014).

Nel 1980 all'interno del DSM-III avvenne la prima formulazione di Diagnosi da Disturbo da Stress-Post Traumatico, un quadro clinico, che conteneva al suo interno una sintomatologia comune riscontrabile in tutti i Veterani, pubblicato dall'APA. Ma nonostante l'enorme passo avanti fatto nel riconoscimento del PTSD come un disturbo unico, il DSM-III portava con sé dei limiti. Il DSM-III (APA, 1980) per diagnosticare il PTSD, prevedeva la presenza del criterio A, il quale si riferiva ad un evento stressante riconoscibile che evocerebbe significativi sintomi di malessere in quasi tutti gli individui. Poneva dunque l'attenzione su quegli eventi considerati come vicende al di fuori della normale esperienza di un essere umano (Friedman et al. 2011).

Il DSM-IV, pubblicato dall'APA nel 1994, introdusse una nuova definizione di evento traumatico includendo sia eventi che minacciano direttamente l'integrità fisica del soggetto che eventi di cui si è spettatori (APA, 1994). In questa nuova formulazione,

venne introdotto l'aspetto del vissuto, sottolineando la possibile insorgenza del trauma anche quando l'individuo non è direttamente coinvolto, bensì si ritrova a dover assistere a una scena di pericolo vissuto da un'altra persona, per lui significativa o costitutiva della sua rete sociale di appartenenza.

Il DSM IV-TR (2000) raggruppò il PTSD in tre grandi categorie principali, caratterizzate da:

- i sintomi intrusivi;
- i sintomi di evitamento;
- i sintomi di iperattivazione.

La svolta si ebbe con l'introduzione della quinta edizione de DSM, in cui il PTSD è incluso all'interno dei Trauma and Stress Related Disorders (2013). Questa nuova categorizzazione diagnostica, tutt'ora utilizzata, include cinque nuove classi diagnostiche, oltre al PTSD, che riconoscono nella loro eziopatogenesi un evento traumatico stressante. L'evento traumatico diviene quindi il fulcro, intorno al quale ruotano queste cinque nuove categorie diagnostiche, in risposta ai fattori di stress ambientale. Inoltre, il DSM 5 ha introdotto, altre importanti modifiche ai criteri diagnostici, prevedendo il soddisfacimento di un criterio riguardante l'esposizione al trauma (criterio A) e altri quattro criteri sintomatologici (criterio B, C, D ed E).

La classificazione del PTSD attualmente riconosciuta è il risultato di un percorso multidisciplinare, che ha coinvolto diversi approcci, quali la psichiatria, la psicoanalisi, la psicopatologia dello sviluppo, la psicologia clinica e le neuroscienze.

1.2 L'incontro: trauma e resilienza

Dall'analisi della letteratura scientifica "l'incontro con la parte ferita" (Malaguti, 2005, p. 46) sembra rappresentare l'essenza della resilienza.

George Bonanno, psicologo clinico e direttore del Resilience Center for Veterans and Families alla Columbia University di New York, all'interno di uno dei suoi primi articoli "Loss, Trauma, and Human Resilience, 2004" sottolineò come una caratteristica chiave del concetto di resilienza adulta al trauma sia la sua distinzione dal processo di recupero. Il termine recupero definisce una traiettoria in cui il normale funzionamento lascia temporaneamente il posto a psicopatologie di soglia o sottosoglia, per un periodo di almeno diversi mesi, per poi tornare gradualmente ai livelli pre-evento. Questo recupero "può essere relativamente rapido o può richiedere fino a uno o due anni" (Bonanno, 2004, p. 20). Al contrario, la resilienza "riflette la capacità di mantenere un equilibrio stabile" (Bonanno, 2004, p.20). Questo perché al momento del trauma il soggetto è concentrato sulla ferita (Cylurnick, 1999). È possibile parlare di resilienza solo molto tempo dopo, quando l'accettazione del trauma sarà definitiva e il soggetto sarà pronto a riferirlo.

Sempre Bonanno all'interno del suo nuovo libro "The End of Trauma, 2021", nel quale raccoglie tutti i suoi studi longitudinali, riguardanti il manifestarsi del disturbo post traumatico da stress in seguito a catastrofi naturali, sottolinea come almeno il 30% della popolazione manifesti una reazione resiliente mentre circa un terzo della popolazione manifestava sintomi tipici del PTSD. Ciò significa che ogni persona è, potenzialmente, un individuo resiliente. Questa logica contenuta negli studi sulla resilienza, come risposta al trauma, è frutto, però, di un differente modo di intendere la patologia, che ha modificato l'approccio determinista sotteso alla cura dei soggetti. Di seguito verranno riportati i primi studi scientifici proposti sul tema della resilienza e verrà spiegato come questo nuovo modo di pensare alla patologia, sia il risultato di un processo di rinnovamento volto ad eliminare la logica determinista sottesa alla cura della patologia.

1.2.1 Le origini della resilienza

La resilienza è un concetto che esisteva nel reale già ai tempi, ma non “era presente nella rappresentazione verbale di tale reale” (Cyrułnik, 2005, Introduzione all’edizione italiana). Il termine resilienza deriva dal latino “*re-sailo*, interativo di *salio* ovvero saltare, rimbalzare, per estensione danzare” (Malaguti, 2005, p. 34). Nell’antica Roma il termine veniva utilizzato per indicare il gesto di tentar di risalire sull’imbarcazione rovesciata, sottolineandone dunque l’eccessivo sforzo. Altre discipline, come la fisica dei materiali che ha utilizzato tale costrutto per descrivere “l’attitudine di un corpo di resistere a un urto” (Malaguti, 2005, p.34) o la biologia che la descrive come la capacità di una specie di recuperare la salute fisica a seguito di un danno (Malaguti, 2005) hanno ripreso questa antica connotazione per riscriverla all’interno di un quadro teorico specifico. Nella psicologia e nelle scienze sociali invece, l’interesse per il tema della resilienza è piuttosto recente. Gli studi sulla resilienza in ambito psicologico sono il risultato di un nuovo modo di pesare allo sviluppo del soggetto, che non si conclude con la fase adulta, ma è pensato per tutto l’arco della vita.

1.2.2 Il contributo della Developmental Psychopathology e i primi studi sulla resilienza

La revisione della letteratura scientifica identifica nella ricerca di Emmy Werner e Smith del 1982, condotta sull’isola di Kauai, la prima sul tema della resilienza. Si trattò di una ricerca longitudinale, della durata di circa trent’anni, che coinvolse 698 neonati esposti a diversi fattori di rischio, osservati lungo il loro sviluppo. I dati rivelarono che il 28% di questi bambini riuscì ad avere in età adulta un buon adattamento. I ricercatori, si interrogarono su cosa avesse reso questi bambini resilienti, termine che per la prima

volta fece capolino nella ricerca scientifica di matrice psicologica. Questo studio rappresentò dunque un'inversione di rotta, che caratterizzò gli studi di tale fenomeno fin dagli inizi degli anni '70. Fu proprio in quegli stessi anni che un nuovo campo di indagine psicologico nato in America, la "*Developmental Psychopathology*", propose una nuova modalità di approccio che vede nello studio dello sviluppo "tipico" la possibilità di comprendere maggiormente lo sviluppo "atipico". Secondo uno dei massimi esponenti di questo approccio Cicchetti (2006) per meglio comprendere la patologia si deve comprendere meglio anche il funzionamento normale. Dunque, la psicopatologia dello sviluppo, tradotta in italiano, piuttosto che andarsi a focalizzare sull'analisi dei fattori di rischio e disagio, iniziò ad indagare i fattori protettivi che potessero influire sui molteplici e potenziali percorsi di sviluppo di una persona. Essa, infatti, non si occupava solo delle cause della psicopatologia ma soprattutto dello studio delle possibili traiettorie evolutive, che si generavano, nel momento in cui l'individuo si trovava a dover affrontare eventi critici. Nel 1979 lo stesso Rutter, pioniere degli studi sulla resilienza oltreoceano, aveva messo in discussione l'equazione lineare che identificava nel rischio la causa e nella patologia l'effetto. Si era soliti pensare e ragionare in termini deterministici e definitivi, attraverso una analisi lineare dei fenomeni psicopatologici, secondo cui un padre violento, è stato un bambino aggredito e quindi violenterà o un genitore abusato a sua volta abuserà. Si tratta di una lettura limitata e limitante, che lascia poco spazio "alla possibilità altra dal dato già precostituito" (Malaguti, 2005) e che si oppone ad una visione dimensionale all'interno della quale la resilienza è vista come un processo di cambiamento, che responsabilizza la persona e permette di "modificare le pratiche, utilizzare al meglio le proprie risorse e quelle di coloro con i quali si intessono delle relazioni di aiuto" (Malaguti, 2005, p.16).

Determinare un destino rigido e irreversibile, in cui non esiste via d'uscita, non è pensare in termini di resilienza. Farlo significa “collocarsi tra chi fuoriesce da una prospettiva deterministica” e focalizza la sua attenzione non solo “sui fattori di rischio, ma anche e soprattutto su quelli protettivi” (Malaguti, p. 31). Non è un caso che la carta di Ottawa del 21 novembre 1986, ad opera dell'OMS, metteva per iscritto i nuovi obiettivi a cui tendere per promuovere la Salute, intesa nella sua accezione più ampia. Infatti, nella Carta si dichiarava che per raggiungere uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, un individuo o un gruppo dovesse essere capace di indentificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di cambiare l'ambiente circostante o di farvi fronte. Fu da allora che la connotazione del termine resilienza, utilizzato in campo psicologico ha dato vita a differenti definizioni, la cui accezione comune fosse indentificata “nella capacità di resistere, far fronte, trasformare, integrare e costruire” (Malaguti, 2005, p. 26).

Nonostante le radici di tale costrutto risalgano ai primi lavori della psicopatologia dello sviluppo negli ultimi anni gli studi sulla resilienza stanno aumentando e acquisendo sempre più spazio all'interno dei modelli di approccio psicopatologici. Questi studi recenti intendono la resilienza in modo più dinamico, adottando un approccio evolutivo-sistemico ed evidenziando le interazioni tra le persone e i sistemi in cui sono inserite. Focalizzandosi inoltre, sui modi per creare resilienza attraverso interventi preventivi e di presa in carico, diretti a modificare i percorsi di sviluppo (Camuffo & Costantino, 2010). Per comprendere al meglio questi recenti sviluppi è necessario, però fare un passo indietro per focalizzarsi sui punti che hanno permesso questo graduale processo di indentificazione di tale costrutto.

CAPITOLO 2 Verso la consolidazione del modello di resilienza al trauma

Ogni giorno la ricerca del successo, del benessere, del raggiungimento del potere e della sicurezza sono diventati gli elementi portanti, che guidano i comportamenti e le intenzioni della maggior parte delle persone. Parole come fragilità, debolezza, insuccesso, vulnerabilità e crisi spaventano più che mai e per questo motivo si cerca di allontanare tutto ciò che, a primo impatto, giudichiamo come potenzialmente doloroso (Malaguti, 2005). Essere individui resilienti, presuppone, però, l'aver incontrato la vulnerabilità e il dolore. Le ricerche sul tema hanno sottolineato come questa forza misteriosa (Malaguti, 2005) supportata da fattori di protezione, differenze individuali, sostegno sociale, comunitario e terapeutico, si sviluppi a seguito dell'incontro con la vulnerabilità, la fragilità e il trauma (Camuffo & Costantino, 2010). Le cicatrici impresse da eventi traumatici non si possono certo eliminare e nemmeno la sofferenza può essere ignorata. Le persone che hanno incontrato il trauma, per poter guarire devono imparare ad accogliere l'esperienza dolorosa, trasformarla e apprendere da essa, per non rimanerne imprigionati (Van Der Kolk, 2014). Le ricerche suggeriscono, inoltre di non ridurre mai una persona ai suoi problemi, ma di chiarare anche le sue potenzialità. Quest'ultimo aspetto ha permesso di modificare alcuni dei presupposti culturali, valoriali e teorici sottesi alla cura della psicopatologia e della presa in carico (Camuffo & Costantino, 2010). Le ricerche recenti hanno quindi fatto emergere degli aspetti fondamentali, che nel seguente capitolo verranno ampiamente trattati. In primo luogo, hanno mostrato come ogni persona possa essere potenzialmente in grado di pianificare un proprio percorso di cambiamento (allontanandosi così da un'ottica determinista incentrata sull'analisi della vulnerabilità), grazie alle risorse interne e le conoscenze possedute, per riutilizzarle e ritrasformare la situazione nonostante il

trauma, con l'auto di sistemi di sostegno. In secondo luogo, hanno sottolineato quanto un approccio che richiama l'attenzione sulla persona, sia da preferire, rispetto ad un modello che parte dalla valutazione di una disfunzionalità del soggetto. Infine, hanno definito la resilienza come un costrutto multidimensionale (Camuffo & Costantino, 2010), costituito da una moltitudine di fattori: biologici e di personalità che sono al di fuori del controllo di una persona e altri, come i "*Learned adaptations*" (Beattie, 2020, p.10) che possono essere, invece, interiorizzati attraverso l'attenzione, la pratica e la Mindfulness (Beattie, 2020).

2.1 La Resilienza: un costrutto multidimensionale

Come riportato nel primo capitolo, le prime ricerche sulla resilienza hanno fornito i concetti di base e le metodologie di studio, mantenendo il focus sull'individuo (Camuffo & Costantino, 2010). Gli studi di Rutter (1987) sui bambini nati da madri schizofreniche e quello longitudinale di Werner e Smith (1982) sono stati i primi ad attirare l'interesse della comunità scientifica sulla resilienza. Negli anni le ricerche hanno cercato di analizzare le difficoltà di adattamento e i problemi di comportamento dei cosiddetti bambini ad alto rischio (Anthony, 1982) che hanno conosciuto circostanze avverse, concentrandosi così sullo sviluppo di essi prima della comparsa di differenti patologie. Il fatto che percentuali rilevanti di bambini, posti nelle medesime condizioni di trauma potenziale (Camuffo & Costantino, 2010), reagivano positivamente ed in modo adattivo alle avversità, ha indirizzato le prime ricerche sullo studio di fattori individuali, tratti o variabili di personalità che sembravano favorire l'adattamento positivo. Con il fine di scoprire in che modo e in quale misura essi fossero ineguali di fronte ai rischi, questi primi studi non compresero come alcuni di loro non soccombessero alla patologia. Dunque, se all'interno dei primi modelli di indagine sulla

resilienza, l'analisi era volta a individuare i cosiddetti fattori di rischio, definiti nei termini di vulnerabilità o di resilienza, intesi "come resistenza adattiva all'impatto d'influenze ambientali negative"(Lionetti et al., 2014,p163), la psicopatologia dello sviluppo, come già anticipato nel primo capitolo, ha posto l'attenzione sulle potenzialità dello sviluppo anche in contesti positivi. Così facendo ha inaugurato un nuovo approccio allo studio dell'interazione individuo-ambiente. Furono proprio gli studi sulla psicopatologia dello sviluppo a dimostrare che la resilienza è un costrutto multidimensionale (Camuffo & Costantino, 2010).

Gli studi successivi si sono poi focalizzati in modo più specifico sulla comprensione delle interazioni, complesse e sistemiche, tra bambino e contesto di vita, che portano sia agli esiti positivi che a quelli negativi, enfatizzando la resilienza come un processo evolutivo complesso, che può manifestarsi a vari livelli di fronte a eventi stressanti differenti e in tempi diversi nel corso della vita. Secondo questa concezione, un corretto approccio ai disturbi dello sviluppo deve prendere in considerazione in senso multidimensionale sia le componenti individuali, temperamentali, fisiologiche, di personalità e genetiche (largamente studiate nell'ultimo decennio) sia quelle ambientali. In altre parole, la resilienza non può essere concepita come una condizione statica o come un tratto permanente: si può essere resilienti di fronte ad un evento e non ad un altro e in alcuni momenti della vita ma non in altri (Camuffo & Costantino, 2010).

2.1.1 Dai fattori di rischio e protezione a un modello multifattoriale

Nelle prime descrizioni dei modelli teorici della resilienza, il termine protettivo è stato utilizzato per indicare le caratteristiche individuali comuni alle persone che mostravano un buon adattamento alle circostanze avverse. I fattori protettivi, oggi, costituiscono l'insieme di quelle risorse o condizioni specifiche (individuali, familiari, scolastiche,

comunitarie e sociali) che concorrono a sostenere e promuovere la compatibilità dell'individuo con l'ambiente (<https://www.stateofmind.it/tag/resilienza/>). Nei primi studi, i fattori protettivi, erano concepiti prevalentemente come l'opposto dei fattori di rischio. Questi ultimi comprendono differenti dimensioni (biologica, relazionale e sociale) e, come i fattori protettivi, possono riguardare direttamente il soggetto, la sua famiglia, l'appartenenza culturale e socioeconomica (Malaguti, 2005). I fattori di rischio comprendono quindi tutti quegli elementi associati ad una elevata probabilità di insorgenza, maggiore severità e/o durata più lunga di un esito patologico o maladattivo (<https://www.stateofmind.it/tag/resilienza/>).

Prima che l'approccio della psicopatologia dello sviluppo rivoluzionasse l'ottica determinista legata alla cura della patologia, se una relazione genitore-figlio inadeguata costituiva un fattore di rischio, si supponeva che una buona relazione costituisse un elemento di protezione. Le ricerche attuali, sviluppatesi intorno agli anni 2000, mostrano come l'espressione di comportamenti problematici siano il risultato "dell'interazione fra fattori di rischio, di protezione, dell'ambiente e delle circostanze" (Malaguti, 2005, p.88). Come riportato dall'articolo: "Promozione della Resilienza e strategie di intervento" a cura di Camuffo e Costantino, "i fattori protettivi non possono essere considerati attributi fissi" (2010, p.122). Questo perché alcune variabili possono costituire un fattore di rischio in una data circostanza e divenire protettive in un'altra. Ad esempio, una separazione in famiglia può rappresentare un fattore di rischio per una donna la cui vita era stata costruita intorno al matrimonio, mentre per una donna vittima di violenza domestica, può essere inteso come un fattore di protezione. L'idea che quindi il rischio possa portare vantaggi o svantaggi per il percorso di sviluppo di un individuo, sottolinea come a seconda del contesto e della situazione esso possa essere o

meno motore di azioni potenzialmente positive.

Inoltre, Camuffo e Costantino (2010), all'interno del loro articolo, riportano come bambini / adolescenti resilienti sembrano provare un livello sostanziale di fiducia nella personale capacità di controllare l'ambiente; in altre parole, credono in loro stessi e manifestano un maggior ottimismo. Altri studi confermano questa linea di pensiero, sottolineando come alti livelli di fiducia in sé stessi, successo accademico, professionale, relazionale e una migliore salute auto-riferita caratterizzano gli individui resilienti (Roth & Herzberg, 2017). Infine, non sono da tralasciare le relazioni di sostegno, necessarie in ogni fase della vita, non solo in età evolutiva, la cui presenza o assenza può modificare significativamente la resilienza nel tempo (Camuffo & Costantino, 2010). Queste recenti evidenze scientifiche chiariscono, quindi, la moltitudine di elementi individuali e no, che mediano la risposta resiliente, che non rimane mai confinata a una singola situazione, ma si estende piuttosto ad una generale ed ampia prospettiva di vita. Abbracciare una visione multifattoriale e multidimensionale sulla resilienza, permette di allontanare approcci di indagine rigidi, che per molti anni hanno influenzato le reti di sostegno e di cura dei soggetti traumatizzati, aprendo la strada a una lettura interdisciplinare dubbia e incerta (Malaguti, 2005) sulla complessità dei fenomeni umani.

Di seguito verrà analizzato il modello di resilienza al trauma, sottolineando come l'incontro con il dolore e il tipo di trauma siano due componenti essenziali per la resilienza e chiarendo, inoltre, come un momentaneo stato di fuga e adattamento anomalo, dell'individuo, siano giustificati da vere e proprie alterazioni neurobiologiche; queste imprigionano il soggetto in una dimensione di sofferenza, mai conosciuta, in cui l'esperienza momentanea si mischia con quella traumatica.

2.2 Il modello di resilienza al trauma

Precedentemente sono stati introdotti i fattori e le variabili che intervengono nel processo di resilienza, considerata ad oggi come un costrutto multidimensionale complesso, perciò di difficile definizione. Pertanto, è stata allontanata l'idea che essa possa costituire una variabile binaria (Beattie, 2020), o la si sviluppa o no, poiché tale idea ne negherebbe la complessità. Come riporta l'articolo: "*The Neuroscience of Resilience*" (Hunter et al., 2018), la definizione esatta di resilienza è tutt'ora oggetto di dibattito, bensì quella più comunemente utilizzata nella letteratura scientifica e comprensiva della maggior parte delle definizioni operative utilizzate, la intende come "la capacità di raggiungere un risultato positivo di fronte alle avversità" (p. 307). La comunità scientifica è inoltre d'accordo sul fatto che ogni persona sia potenzialmente un individuo resiliente (Bonanno, 2004), poiché la resilienza, nel concreto, è basata su comportamenti, pensieri e azioni che si possono sviluppare e apprendere, in seguito a un evento improvviso e potenzialmente doloroso (APA, 2020).

Le ricerche recenti mostrano come l'esposizione allo stress nella prima infanzia, correlato al successivo aumento del supporto sociale e la scelta di pratiche in grado migliorare la gestione dello stress, possono portare a maggiore resilienza (Hunter et al., 2018). È stato inoltre, osservato come la resilienza corrisponda a precisi correlati neurobiologici, in regioni del cervello come l'ippocampo e la corteccia prefrontale (Hunter et al., 2018) che supportano la cognizione complessa, la socialità e strategie di coping di successo. Nella stessa ricerca Hunter (2018) riporta le regioni del cervello che, come l'amigdala, tendono ad essere iper-reattive nelle persone traumatizzate, sottolineando come interventi che riducono l'attività dell'amigdala, come la terapia di esposizione per PTSD, possono favorire la resilienza. Nell'articolo: "*Understanding*

Gender Differences in Resilience Among Veterans: Trauma History and Social Ecology” (Portnoy et al., 2018) realizzato su un campione di 665 veterani della Seconda Guerra Mondiale che hanno completato un sondaggio di base per valutare gli eventi traumatici, nonostante un alto livello di esposizione al trauma, viene riportato come la maggior parte dei veterani mostri resilienza psicologica a seguito di un evento traumatico. I risultati indicano che il tipo di trauma è centrale per la resilienza e suggeriscono che bisogna considerare il contesto socio-ecologico che può promuovere o inibire i processi resilienti.

2.2.1 Il dolore, la vulnerabilità e la crisi

Per poter approfondire la relazione tra trauma e resilienza, come processo che si attiva in seguito all’ esposizione di circostanze avverse, è necessario introdurre, primariamente, due termini: la vulnerabilità e la crisi.

Il primo deriva dal latino “*vulnus*”, che significa ferita, mentre il secondo deriva dal greco “*krisis*” che significa scelta e si riferisce al cambiamento. Le crisi possono essere evolutive e della crescita o accidentali (Campione, 2000). Le prime caratterizzano la vita di ogni essere umano e possono essere definite come situazioni di passaggio, mentre le seconde si osservano in corrispondenza di eventi che irrompono nella normalità, mostrando la condizione di vulnerabilità che non sempre è possibile celare. Le ferite che vengono inflitte dalla vita fanno perdere alle persone i punti di riferimento, le basi solide e sicure che nel tempo hanno costruito (Malaguti, 2005). L’equilibrio interno ed esterno viene messo a dura prova da un evento traumatico e quando esso si rompe vengono meno le capacità di orientamento, di Self-leadership e autoregolazione, imprigionando le persone in uno stato di vulnerabilità. Questa nuova dimensione sconosciuta e arricchita da emozioni negative e confusive limita le persone in un

territorio sconosciuto (Van Der Kolk, 2014), dal quale le persone traumatizzate tentano di fuggire in modi diversi, per paura di rivivere le medesime sensazioni dolorose.

Evidenze giunte dalla pratica clinica riportano che, in un primo momento, “la fuga può essere un percorso possibile” (Malaguti, 2005, p.58) che mette al riparo il soggetto da una possibile situazione di annientamento e disintegrazione totale. Questa prima fase è quella che lo stesso Bonanno (2006) ha definito come processo di recupero. Le persone che innescano questo primario processo di recupero lottano con livelli moderati di sintomi e hanno difficoltà a svolgere i loro normali compiti sul lavoro o nella cura dei cari e iniziano gradualmente a tornare al loro livello di funzionamento, precedente alla perdita, di solito in un periodo di 1 o 2 anni. La resilienza però è ben diversa dal processo di recupero, segue percorsi multipli e rappresenta la potenziale capacità di far fronte a una perdita che è comune di ogni individuo (Mancini & Bonanno, 2006). Il processo di recupero, dunque è primario e immediato; non può però essere perpetuato nel tempo, rilegando il soggetto in uno stato di indifferenza e passività, poiché significherebbe “interrompere il cammino per evitare di soffrire ancora”. (Malaguti, 2005, p.58). Il dolore e la sofferenza hanno, quindi, bisogno di tempo, spazio e di un luogo sicuro in cui essere riferiti e condivisi. I soggetti traumatizzati devono imparare a “riconoscere, vivere e sopportare” (Van Der Kolk, 2015, p.32) la sofferenza riconoscendo la loro dimensione corporea, che ha necessariamente subito un’alterazione marcata in seguito al trauma, ma che spesso gli individui non riescono a riconoscere.

Van Der Kolk (2014) utilizza spesso l’espressione consapevolmente impauriti, richiamando all’importanza dell’imparare ad essere presenti in sé stessi, nel qui ed ora (Kabat-Zinn, 1990). Lo sviluppo della consapevolezza viene acquisito grazie alla Mindfulness e alle terapie sensomotorie, che sono tra le più efficaci tecniche

utilizzate in ambito clinico per la cura dei soggetti traumatizzati. Prima di affrontare il tema dell'efficacia terapeutica di queste tecniche è bene introdurre le alterazioni che il cervello subisce in seguito al trauma.

2.2.2 Le conseguenze neurobiologiche del trauma

Le cicatrici del trauma rimangono impresse, talvolta però risulta complicato identificarlo e riferirlo. Come sottolinea lo stesso Peter Levine (2002), uno dei maggiori esponenti dell'approccio somatico al trattamento del trauma, esso è diventato un luogo così comune che la maggior parte delle persone non ne riconoscono neppure la presenza. Il processo di negazione che riveste tale costrutto, soprattutto nella società occidentale, ha complicato la situazione dei soggetti traumatizzati che, ritenendo difficoltoso formulare una richiesta di aiuto, rindirizzano questo loro stato di malessere verso dipendenze dannose. Non è un caso che i soggetti traumatizzati vadano in palestra in modo compulsivo, si stordiscono con droghe o ricerchino un illusorio senso di controllo esponendosi a situazioni altamente pericolose come andare in moto ad alte velocità, fare bungee jumping o ciclismo estremo. Sono inoltre protagoniste di reazioni irrazionali, impulsi ed emozioni, che spesso avvengono fuori dal controllo volontario. Il problema fondamentale è che non essendo consapevoli della loro alienazione si ritrovano in situazioni di sovraccarico sensoriale costante (Van Der Kolk, 2014).

Gli studi neuroscientifici hanno identificato le ragioni di questa costante iperattivazione, studiando e analizzando la risposta al pericolo, erogata direttamente dal sistema limbico.

Gli studi pubblicati sulla rivista scientifica "*Social Cognitive and Affective Neuroscienze*" (Steuwe et al., 2014) sui soggetti traumatizzati, hanno riscontrato come attraverso l'esposizione a determinati "*script*" uditivi e visivi, fosse possibile riattivare nei pazienti traumatizzati le medesime sensazioni fisiologiche provate al momento

dell'incidente/evento traumatico. Le scansioni cerebrali di quei soggetti mostravano una maggior attivazione cerebrale nell'area limbica, ovvero il cervello emotivo (Steuwe et al., 2014). L'amigdala, struttura cerebrale fondamentale del sistema limbico, ha il compito di segnalare una situazione di pericolo imminente provocando una risposta somatica allo stress (Van Der Kolk, 2014). Questi studi dimostrano chiaramente che, quando le persone traumatizzate sono esposte a immagini, suoni, odori e pensieri relativi all'esperienza traumatica vissuta, la loro amigdala, reagisce come se la minaccia stessa si ripresentasse (Van Der Kolk, 2014) innescando un'attivazione fisiologica significativa che prepara il corpo all'attacco. In condizioni normali le persone reagiscono alla minaccia con un temporaneo aumento degli ormoni dello stress. Cessata la minaccia gli ormoni si dissipano e il corpo ritorna alla normalità. Nelle persone traumatizzate, gli ormoni dello stress ci mettono molto tempo a ritornare sotto controllo e aumentano velocemente, in risposta a stimoli stressogeni anche di lieve entità. Le neuroscienze hanno, inoltre, confermato che il nostro cervello si evolve dal basso verso l'alto (Van Der Kolk, 2014) e questo implica la presenza di strutture già attive al momento della nascita, come il cervello animale o cervello rettiliano (McLean, 1990), situato nel tronco encefalico. Proprio al di sopra del cervello rettiliano è situato il sistema limbico, anche detto cervello mammaliano (McLean, 1990), che si plasma con l'esperienza in collaborazione con il corredo genetico e il temperamento innato del bambino (Van Der Kolk, 2014). Queste due strutture insieme vanno a costituire il cervello emotivo (McLean, 1990), considerato come il cuore del sistema nervoso centrale che avvia piani di fuga pre-programmati e automatici come la risposta attacco/fuga. Il cervello emotivo produce dunque una rapida risposta al pericolo, ma se costantemente attivato, i segnali di allarme non si fermano mai.

Le evidenze scientifiche riportano come lo sviluppo corticale prefrontale tipico comporta lo sviluppo di una connettività positiva (Hunter et al., 2018). Nei soggetti in cui è stato individuato uno sviluppo precoce della connettività negativa all'amigdala, frutto di un adattamento ontogenetico in risposta alle avversità precoci (Hunter et al., 2018), è stato riscontrato un conseguente controllo negativo dello stress. Dunque, il trauma, avvia uno stato di disequilibrio corporeo, specialmente se riguarda episodi precoci come l'essere stati abusati durante l'infanzia, che viene appreso dal soggetto. Inoltre, il trauma aumenta la probabilità di distorcere il significato di una situazione rischiosa o sicura, così che, anche un piccolo fraintendimento può condurre a circostanze di incomprensioni dolorose. Il cervello emotivo degli individui traumatizzati è in un costante stato di iperattivazione e gli ormoni dello stress continuano a mandare segnali ai muscoli affinché possano prepararsi all'azione. Quando si verifica questa situazione, il cervello razionale (McLean, 1990) costituito da neocorteccia e lobi frontali, perde le sue capacità inibitorie, giustificando le risposte di trasalimento rispetto a qualsiasi suono acuto, paralisi di fronte al tocco del corpo e reazioni spropositate di fronte alla minima frustrazione (Van Der Kolk, 2014) tipiche dei soggetti traumatizzati. Grazie a queste recenti evidenze scientifiche è stato possibile capire come il trauma non debba essere associato a qualche debolezza morale o ad una mancanza di volontà (Van Der Kolk, 2014, p.5), ma che piuttosto, venga inteso come causa scatenante di una serie di comportamenti, talvolta estremi e fortemente invalidanti, riconducibili a evidenti modificazioni cerebrali. Attualmente le terapie di trattamento dei soggetti traumatizzati, arricchite dalle recenti evidenze scientifiche, si raggruppano all'interno di diversi approcci terapeutici, distinguendole inoltre, in base al loro intervento: dal basso verso l'alto o bottom-up e dall'alto verso il basso o top down. La regolazione bottom-up

comporta un riequilibrio del sistema nervoso autonomo, mentre la seconda rinforza le capacità delle strutture superiori (Van Der Kolk, 2014). Negli ultimi decenni le tradizioni orientali si sono rivelate funzionali per il trattamento dei soggetti traumatizzati, poiché facendo affidamento sul movimento, sulla meditazione e sul respiro, focalizzano l'attenzione sullo sviluppo delle capacità di autogestione e Self-leadership (Van Der Kolk, 2014). Daniel Goleman e Richard J. Davidson sottolineano come la meditazione della gentilezza amorevole nella pratica Mindfulness “può essere di particolare aiuto per i pazienti che hanno subito un trauma” (2017, p. 242-243). Nel terzo capitolo verrà ampiamente trattato questo argomento, riponendo particolare attenzione sulle evidenze scientifiche recenti che suggeriscono una positiva correlazione tra le tecniche Mindfulness e l'auto-compassione che è un importante mediatore della resilienza per il raggiungimento di esiti clinici favorevoli (Chiesa et. al 2014).

CAPITOLO 3 La Loving-kindness meditation come cura e supporto alla resilienza

Recentemente, nella pratica clinica è stato riscontrato come lo sviluppo di un atteggiamento consapevole e di accettazione verso l'esperienza che emerge nel momento presente (Goleman & Davidson, 2017) possa contribuire a costruire una maggiore resilienza psicologica nelle vittime che hanno subito un trauma (<https://www.istitutobeck.com/mindfulness-trauma>). I massimi esperti nella cura e nel trattamento del trauma hanno osservato, come la Mindfulness sia in grado di “calmare il sistema nervoso simpatico” (Van Der Kolk, 2014, p.240) riducendo di conseguenza i meccanismi attacco/fuga, regolati dall'amigdala, che si attivano involontariamente ogni

volta che il corpo si riattiva di fronte a specifici “*trigger*”, nei soggetti traumatizzati. Dunque, il processo di guarigione dal trauma conduce i soggetti verso una progressiva ripresa del funzionamento esecutivo e con esso la fiducia in sé stessi (Van Der Kolk, 2014). Le evidenze cliniche riportate da Goleman e Davidson, dimostrano come il divenire consapevoli (2017) della loro esperienza interiore, sia il primo passo da compiere da parte dei soggetti traumatizzati per ri-familiarizzare con i propri corpi. Questo perché, la consapevolezza del corpo mette in contatto l’individuo con il proprio mondo interno (2017). Anche il semplice fatto di prestare attenzione all’ansia o al nervosismo, sensazioni provate di continuo dai soggetti traumatizzati, può essere di grande aiuto per aiutarli ad aprirsi a nuove prospettive e a nuove possibilità di risposta che vanno al di là delle reazioni automatiche e abituali apprese (Van Der Kolk, 2014). Alla luce delle riflessioni fin qui esposte è risultato evidente come la Mindfulness metta gli individui in relazione alla natura transitoria dei sentimenti e delle percezioni, formando le persone a prestare attenzione alle sensazioni corporee, che se comprese contribuiscono ad aumentare il livello di controllo su di esse.

Goleman e Davidson (2017), in seguito all’analisi della letteratura scientifica sulla Mindfulness, affermano che la struttura cerebrale implicata nella consapevolezza corporea è l’insula anteriore, dimostrando inoltre come la Mindfulness attivi le regioni del cervello coinvolte nella regolazione emotiva e induca cambiamenti in regioni correlate alla consapevolezza corporea (2017). Inoltre, i circuiti cerebrali attivati implicitamente nella Mindfulness aumentano la regolazione attentiva e allentano l’interferenza emotiva sui compiti che richiedono attenzione creando benefici sulla salute fisica, con un aumento delle risposte immunitarie, della pressione sanguigna e dei livelli di cortisolo (Carlson, et al. 2007, p. 457). Queste sono soltanto alcune delle

maggiori evidenze scientifiche proposte sulla Mindfulness, che specialmente negli ultimi anni, si stanno moltiplicando anno dopo anno. Basti pensare che dal 2012 sono più di 500 i peer-reviewed con l'unanime tendenza a sottolineare numerosi effetti benefici a livello fisiologico e psicologico, di tale tecnica meditativa (<https://www.stateofmind.it/2018/11/emdr-mindfulness-jamie-marich/>). Negli ultimi anni le ricerche sulla resilienza al trauma hanno introdotto importanti spunti per quanto riguarda soprattutto il miglioramento delle capacità cognitive e della resilienza allo stress (Zenner, Herrnleben-Kurz, Walach, 2014), correlate alla Mindfulness.

All'interno di quest'ultimo capitolo verranno, pertanto analizzate recenti ricerche, che correlano la Mindfulness alla resilienza psicologica che si sviluppa in seguito ad un evento traumatico, andando a focalizzarsi su una pratica particolare della Mindfulness: “*la Loving-kindness*” (Polizzi et al. 2020). Si tratta di una pratica meditativa che lavorando sulla generosità del cuore delle persone, il desiderio del bene e della felicità rivolta a tutti gli esseri, è in grado di prevenire l'avversione perché si concentra sui lati buoni degli altri, invece che sui loro difetti. Si tratta di una meditazione ricca di gratitudine, consapevolezza, perdono e amore che incentiva le persone a diffondere sentimenti positivi e di benevolenza verso sé stessi e verso le persone che fanno parte della vita (Goleman & Davidson, 2017). Inoltre, aiuta a migliorare la relazione con sé stessi e non solo, poiché rivolgendo pensieri sia verso le persone più care sia verso quelle persone con cui il rapporto sembra essere più complicato, permette di rafforzare il senso di connessione verso gli altri. Prima, però, di addentrarci nella presentazione delle teorie recenti a sostegno della Loving-Kindness è bene introdurre i pilastri fondamentali sui quali questa pratica meditativa si fonda.

3.1 Le origini della Mindfulness

Le origini della Mindfulness non possono essere ricondotte ad un contesto geografico e temporale preciso, poiché le origini delle ricerche sulla consapevolezza sono rintracciabili, seppure con nomi diversi, in un ampio territorio compreso tra la Cina e la Grecia, in un periodo compreso tra 2800 e 2200 anni fa (Amadei, 2013). Amadei (2013) aggiunge inoltre, che sono diverse le tradizioni che hanno contribuito a mettere a fuoco un modello di approccio alla consapevolezza, ovvero ciò che oggi in Occidente va sotto il nome di Mindfulness.

La Mindfulness è un particolare tipo di meditazione che trae le sue basi nel pensiero filosofico buddhista. Il nome traduce la parola in sanscrito “*sati*” utilizzata dal Buddha per indicare la tecnica meditativa della “presenza mentale” ovvero “consapevolezza”. Lo scopo originale di questa pratica meditativa, coltivato ancora oggi in alcuni circoli, si concentra su “un’ esplorazione profonda della mente finalizzata a un’alterazione radicale del nostro stesso essere” (Goleman & Davidson, 2017, p. 9). Come riportano gli stessi Daniel Goleman e Richard J. Davidson pionieri degli studi portati avanti sulla Mindfulness, questa “pratica meditativa la osserviamo in forma pura nelle culture del Sud Est Asiatico o fra gli “yogin tibetani” (2017, p. 9). Esistono quindi, differenti livelli di coinvolgimento, che hanno permesso anche alla gente comune di poter abbracciare con fascino e curiosità questa pratica. Per poterla rendere più accessibile, la pratica Mindfulness è stata standardizzata negli anni ‘80 da John Kabat-Zinn, un biologo molecolare del Massachusetts Institute of Technology, che ha iniziato ad applicarla su pazienti affetti da dolore cronico. Il metodo standardizzato prende il nome di *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)* da cui sono scaturite altre metodologie a seconda delle varie applicazioni cliniche in ambiti sanitari, ospedalieri, sociali,

lavorativi, aziendali e educativi. Il termine Mindfulness racchiude al suo interno l'accettazione non giudicante dell'esperienza presente (Kabat-Zinn, 1990), che ci mette in contatto con "la natura transitoria dei nostri sentimenti e percezioni" (Van Der Kolk, 2014, p. 239). Questa pratica costringe la mente a fermarsi, imparando ad agire in maniera maggiormente efficace sugli eventi che si presentano nella quotidianità, evitando di mettere in atto reazioni comportamentali automatiche, schemi mentali ripetitivi, riflessi condizionati, pregiudizi e ruminazioni mentali. Relazionarsi con l'esperienza presente in modo intenzionale e non giudicante al momento presente (Kabat-Zinn, 1990) ha effetti positivi sulla salute psicofisica degli individui e insegna che la realtà è impermanente e in continuo mutamento.

Nel 1996 Kabat-Zinn pubblicò il suo primo scritto "Vivere momento per momento", che riscantò subito un enorme successo, nel quale introdusse l'importante ruolo della respirazione. Il respiro è sempre con noi dal primo all'ultimo istante di vita; ovunque noi siamo possiamo sintonizzarci su di esso riportandoci istantaneamente nel momento presente. La respirazione rappresenta, dunque una delle vie per aggiungere la consapevolezza, poiché attraverso il respiro si diventa consapevoli del momento presente, essendo unico e perfettamente distinto dal respiro precedente.

Di recente, si è assistito ad un aumento delle ricerche sulla Mindfulness, in particolare nell'analisi e nello studio delle pratiche meditative, essenziali per regolare l'attenzione e reindirizzarla verso ciò che è più utile (D. J. Siegel, 2009), associate al cambiamento permanente dei tratti (Goleman & Davidson, 2017). Queste hanno guidato i recenti sviluppi delle modalità di trattamento per il trauma. Di seguito verranno analizzati i benefici della Mindfulness, in grado di sviluppare nei sopravvissuti al trauma un senso di guarigione e padronanza

3.2 Calmare il cervello emotivo nei soggetti traumatizzati

Nelle persone che hanno subito un trauma, comportamenti e strategie di evitamento vengono utilizzate perché, in un certo senso, necessarie per il loro adattamento. Tuttavia, fuori dal contesto traumatico, questi comportamenti rischiano di non essere più adattivi ed espongono la persona ad altri possibili ri-vittimizzazioni, attivate da specifici “*trigger*”. Questa condizione vincola i soggetti traumatizzati ad un costante stato di inconsapevolezza dell’ambiente, intesa sia come interpretazione errata di situazioni potenzialmente minacciose, sia come incapacità di descrivere in modo accurato le proprie emozioni. La Mindfulness risulta particolarmente efficace poiché promuove l’accettazione invece dell’evitamento, fornendo ai soggetti la consapevolezza e la flessibilità psicologica per gestire il disagio che si verifica durante l’esposizione agli stimoli. Le ricerche condotte alla Emory University di Atlanta, negli anni, hanno evidenziato come nella meditazione Mindfulness sia possibile riscontrare un’attivazione contemporanea delle aree cerebrali frontali adibite alle capacità esecutive e di allerta (Haselkamp, 2012), osservando, in un secondo momento, dei veri e propri cambiamenti funzionali nel cervello mediante la neuroplasticità (2012). I risultati riportati dalla Wendy Haselkamp, oggi direttrice del Mind and Life Institute (che da anni compara e implementa le scienze contemplative), evidenziano come la quantità di tempo che un individuo trascorre a praticare la meditazione sia associata a cambiamenti di attività e connettività nel cervello, in particolare nelle regioni dell’attenzione (2012). Questo studio, concentrandosi sulla connettività funzionale delle regioni e delle reti cerebrali, addestrate durante la meditazione, mostra come queste possano essere ricablate e di conseguenza indurre cambiamenti duraturi che si estendono a esperienze mentali non meditative e che quindi riguardano la quotidianità degli individui. Queste evidenze

come riportano Fisher e Verplanken (2014) sottolineano come l'utilizzo di un approccio consapevole al trattamento del trauma, sia in grado di aiutare i pazienti ad aumentare la loro curiosità e interesse piuttosto che imprigionare le loro vite in sentimenti di vergogna e nell'auto-colpa per il loro trauma.

Van Der Kolk, che nel suo celebre libro riporta anni e anni di esperienza clinica, sottolinea come per i soggetti traumatizzati sia, appunto, fondamentale “prestare attenzione alle sensazioni fisiche” (2014, p.239) così da riconoscerle ed etichettarle, renderle esplicite e reali. La consapevolezza dell'esperienza che viene fatta momento per momento, attraverso la pratica Mindfulness permette agli individui di sentire e accettare direttamente la loro esperienza mentale (Siegel, 2009). Le persone che hanno subito un trauma spesso hanno paura dei loro vissuti, ma grazie alla pratica sono in grado di focalizzarsi sulle sensazioni che poste in relazione a un respiro profondo, perdono la loro connotazione negativa e distruttiva per il soggetto. L'osservazione e la tolleranza delle sensazioni e delle reazioni fisiche divengono requisiti fondamentale per “provare a rivisitare il passato traumatico in modo sicuro” (Van Der Kolk, 2014).

Questo rende più semplice estinguere le associazioni negative rispetto ad un'esperienza.

L'individuo impara così a mettere in atto risposte comportamentali ed emotive più adattive e flessibili rispetto agli stimoli esterni ed interni (Goleman, Davidson, 2017).

Uno studio condotto da Kearney e colleghi (2013) sostiene quanto la Loving-kindness sia efficace nel trattamento del PTSD. I risultati hanno rilevato quanto in questi soggetti, sottoposti ad un programma di 12 settimane di pratica meditativa incentrata sulla gentilezza amichevole, auto-compassione e consapevolezza abbiano mediato la riduzione dei sintomi da stress post-traumatico e della depressione. I dati mostravano un grande effetto della Loving-kindness nella riduzione dei sintomi del disturbo da stress

post-traumatico (2013). Queste evidenze scientifiche dimostrano che allenare la mente dei pazienti traumatizzati a tollerare ciò che stanno provando nel “qui e ora” è il primo passo da compiere per intraprendere un cambiamento positivo (Van Der Kolk, 2014), all’interno del quale la resilienza gioca un ruolo fondamentale.

3.2.2 La meditazione della gentilezza amorevole per il trattamento del trauma

“You must not hate those who do wrong or harmful things;
but with compassion, you must do
what you can to stop them
for they are harming themselves, as well as those who suffer
from their actions.” (Dalai Lama).

La storia della nascita della Loving-kindness è narrata con le parole di una fiaba soave e incantata che, oltre la sua forma lirica e immaginosa, descrive il sentimento di pace crescente che la pratica suscita nel cuore di chi vi si applica. Essa narra di un amore sconfinato che non conosce il pregiudizio (Goleman & Davidson, 2017). È proprio su quest’amore che si fonda una visione della vita che inonda ogni cosa di luce, sino agli angoli più ombrosi e solitari dell’esperienza. La pratica della gentilezza amorevole deriva dalle "quattro dimore divine" amorevole gentilezza, compassione, gioia simpatica ed equanimità. Il termine traduce la parola pali “*metta*”, che descrive una benevolenza incondizionata, un tipo di amore simile all’agape greca (Goleman & Davidson, 2017), ovvero uno stato d’animo opponibile all’odio ma più vasto dell’amichevolezza. Si tratta quindi di una gentilezza amorevole che contiene in sé la vicinanza dell’amicizia, l’apertura della gentilezza e la gratuità dell’amore. Goleman e Davidson all’interno del loro libro “La meditazione come cura”, (2017), si concentrano su un aspetto interessante che ricopre il significato della parola “compassione”. Il

termine, tradotto in inglese, assume il significato di desiderio che gli altri stiano bene, ma questo desiderio non include il soggetto stesso. Al contrario nella lingua pali il termine “*metta*” include un sentimento che si riferisce tanto a sé stessi quanto agli altri. Dunque, secondo la cultura orientale amare sé stessi quanto gli altri sarebbe un qualcosa di naturale.

In psicologia grazie a Kristin Neff, nacque la definizione operativa di “auto-compassione” che la definisce come una propensione ad essere gentili, anziché critici, verso sé stessi, e a guardare ai propri errori come un qualcosa che fa semplicemente parte della vita, anziché come il risultato di qualche incapacità personale (Neff e Pommier, 2013). L’auto-compassione, dunque, si riferisce a una sana formazione di auto-rassicurazione, che implica gentilezza nei confronti della propria inadeguatezza, la comprensione del disagio come un’esperienza umana inevitabile e il riconoscimento delle emozioni dolorose (Kotera Y. et al, 2021). Queste componenti possono aiutare un individuo ad affrontare i costrutti negativi della salute mentale (Kotera Y. et al, 2021). L’efficacia della Loving-kindness meditation è stata esaminata in numerosi studi randomizzati e controllati, ed è stata anche valutata in una serie di revisioni sistematiche e di metanalisi. In particolare, è stata riscontrata la sua efficacia nella riduzione del disagio psicologico nei soggetti traumatizzati, dello stress negli individui che cercano di ridurre lo stress psicologico, dell’intensità dei sintomi negativi negli individui con schizofrenia. Nell’articolo “*Functional Neural Plasticity and Associated Changes in Positive Affect after Compassion Training*”, 2013, i risultati mostrano come esistano tre tipi diversi di empatia, di cui la sollecitudine empatica o atteggiamento altruista, che sta al cuore della compassione. Questo articolo mostra chiaramente come, attraverso la pratica della compassione, i soggetti fossero in grado di accogliere la sofferenza altrui e

sentire amore per coloro che soffrono, senza manifestare alcun turbamento immediato o diretto verso loro stessi. Ricerche correlate hanno dimostrato negli anni come la presenza di una sollecitudine empatica alla base della compassione sia inscritta anche a livello celebrale (Goleman & Davidson, 2017). Il circuito celebrale della sensazione di disagio, che include l'amigdala ed è connesso all'insula, risponde generalmente in modo molto forte di fronte al dolore di altre persone. È stato riscontrato che le persone che riferirono di essersi ritrovate profondamente immerse nella meditazione della gentilezza amorevole, riscontrarono un'attivazione di questo schema empatico in maniera altrettanto profonda (2017). Dunque, coloro che accettano il dolore e la sofferenza altrui, perché in grado di accoglierla, hanno un cervello predisposto a resistere a un dirottamento emotivo e quindi di accettare consapevolmente la sofferenza. Per questo motivo lo sviluppo della compassione, ovvero la gentilezza amorevole rivolta a sé stessi e agli altri è un importante passo che, i soggetti traumatizzati, devono compiere, per poter finalmente accettare e accogliere il dolore che per lungo tempo gli ha imprigionati in una dimensione esperienziale disfunzionale.

3.2.3 La pratica

Nella pratica Mindfulness la meditazione della gentilezza amorevole offre il nome a un tipo di meditazione finalizzata a suscitare nella persona un sentimento di prossimità a tutti gli esseri viventi, abbracciandoli nell'aspirazione che possano stare bene ed essere felici (Goleman & Davidson, 2017). Si tratta dunque di una pratica progettata per migliorare i sentimenti di gentilezza e compassione per sé stessi e gli altri, ponendo ogni individuo sul medesimo piano: tutti vogliono essere amati, essere al sicuro e allontanarsi dalla sofferenza. Tradizionalmente, la pratica della gentilezza amorevole, nella sua versione pratica occidentalizzata, segue una sequenza particolare. Nella meditazione di

Metta, gli utenti praticano lo sviluppo intenzionale della gentilezza e della compassione verso sé stessi e gli altri attraverso esercizi verbali e visivi (Boyd et al., 2018), ad esempio, immaginando l'esperienza di un particolare stato emotivo con consapevolezza e attenzione. Il mediatore, nello specifico, ripete silenziosamente delle frasi, come “Possa io essere sicuro”, o “possa io essere sano” oppure “possa la mia vita procedere con tranquillità” (Goleman & Davidson, 2017, p.124). All’inizio si coltiva la gentilezza amorevole verso sé stessi, poi il pensiero si espande gradualmente fuori di sé, toccando dapprima quelli che amiamo e rispettiamo (familiari e amici) fino a spostare l’attenzione sulle persone con le quali si hanno dei rapporti difficili, su coloro che soffrono, per poi infine, abbracciare con la mente l’intero universo conosciuto e sconosciuto e tutte le creature che popolano ogni luogo del mondo. Nelle sue diverse versioni questa precisa pratica è diventata il format più studiato della meditazione della compassione, includendo l’augurio compassionevole che le persone siano libere dalla sofferenza (Goleman & Davidson, 2017). Si ipotizza, inoltre, che la Loving-kindness promuova la flessibilità emotiva, o la capacità di passare da stati emotivi negativi a positivi, e la flessibilità psicologica, o la capacità di prendere le distanze dalla propria mentalità attuale (affetto, azioni o risposte, pregiudizio dell'attenzione) e contemplare altre possibili mentalità (Boyd et al., 2018). Queste abilità risultano essere cruciali per il recupero da disturbi legati al trauma, dove predominano emozioni come vergogna, senso di colpa, rabbia, incapacità di provare emozioni positive (anedonia) e mancanza di autocompassione (Boyd et al., 2018). In particolare, promuovendo la capacità di provare emozioni positive verso sé stessi e gli altri, si riscontra a livello empirico una riduzione dell'anedonia e delle emozioni negative di vergogna, colpa e rabbia mentre si favorisce un aumento della compassione per sé stessi e per gli altri. Dunque, la notorietà di questa

pratica è riconducibile ad una visibile manifestazione graduale degli effetti del rafforzamento dell'autocompassione, che ha spinto gli studiosi a sottolineare come il nostro cervello sembri essere predisposto all'amore. Oltre ad essere esplorata come intervento, la gentilezza amorevole ha dimostrato di essere un fattore protettivo contro lo sviluppo di psicopatologie legate al trauma (Boyd et al., 2018); infatti, è stato riscontrato che promuovere l'accettazione e la consapevolezza delle risposte post-traumatiche, riduce la dolorosa possibilità di risperimentare le reazioni agli stimoli di ipereccitazione trauma-correlate e prevenire l'insorgenza di PTSD (2018). Quest'ultimo passaggio non vuole imprigionare in un'ottica determinista il lettore affermando che attraverso alti livelli di pratica meditativa i soggetti siano immuni alla possibile sperimentazione di conseguenze negative legate ad eventi traumatici. Bensì, vuole sottolineare come l'autocompassione e la consapevolezza, due aspetti fondanti della Loving-kindness, rendano gli individui maggiormente resilienti, perché di fronte ai fallimenti essi sono in grado di comprendersi con gentilezza (Goleman & Davidson, 2017), restare calmi, non andando in ansia, non soccombendo di conseguenza allo stress.

Le ricerche che sono state presentate in quest'ultimo capitolo hanno permesso, in primo luogo di fare luce su diversi aspetti che da anni considerano l'importanza della Mindfulness nella psicoterapia, andando ad analizzare le marcate alterazioni di tratto che essa produce in seguito all'applicazione costante del soggetto e non solo. È stato osservato come i risultati della pratica di gentilezza amorevole si vedono in fretta, anche dopo solo 8 ore di pratica (Goleman & Davidson, 2017) e dopo circa sedici ore, come riportato dalle ricerche, è riscontrabile una riduzione dei pregiudizi inconsci, in genere intrattabili nei soggetti traumatizzati (2017). In secondo luogo, hanno evidenziato

l'enorme importanza della consapevolezza momento per momento nei soggetti traumatizzati per renderli direttamente coinvolti nei loro processi di risposta, non riducendoli a schemi automatici di reazione a uno specifico “*trigger*”. Infine, sono state presentate delle evidenze scientifiche importanti, riguardanti la pratica della Loving-Kindness, che è in grado di aiutare i soggetti a potenziare delle capacità chiave, che sottendono il costrutto multidimensionale della resilienza: la consapevolezza centrata sul corpo, che permette di comprendere al meglio sé stessi, gli altri, la capacità di regolare autonomamente le emozioni e l'accettazione della sofferenza.

CONCLUSIONE:

Negli ultimi anni il tema della resilienza è cresciuto, tanto nelle ricerche scientifiche quanto nel linguaggio comune. I recenti avvenimenti, legati all'emergenza sanitaria COVID-19, hanno sottolineato le enormi capacità di adattamento e coping a circostanze avverse dell'essere umano (Polizzi et al. 2020), che di fronte alla pandemia ha dovuto modificare stili di vita, priorità e comportamenti. Le ricerche hanno però evidenziato una serie di risposte di massa tra cui ansia cronica e stress post-traumatico (Polizzi et al. 2020). Le conseguenze che la pandemia ha avuto sul piano sociale, psicologico, economico e sanitario sono quindi evidenti, ma nonostante questi dati concreti è possibile percepire una leggera ripresa, avendo però come primario obiettivo sempre la tutela della salute individuale. L'incremento della povertà, la disoccupazione, la difficoltà nella gestione del sistema scolastico, e l'isolamento sociale sono tutti elementi che, in seguito all'emergenza sanitaria, sono in continua crescita nel nostro Paese e sono terreno fertile per il trauma. Quest'ultimo continua ad essere un grande problema a

livello sanitario, perché il più delle volte risulta di difficile identificazione persino per la persona che lo ha subito. Quando Van Der Kolk, massimo esperto di traumatologia e principale fonte di ispirazione del mio elaborato di tesi, scrive: “il trauma chiama altri traumi” (2014, p.399) vuole sottolineare come le ferite inflitte dalla vita e la sofferenza subita siano, il più delle volte, il motivo che spinge quelle stesse persone a ferirne altre. Per impedire che questo accada il sostegno comunitario e sociale è importante. Mai come in questo momento storico la presenza e il supporto da parte delle istituzioni risulta fondamentale per imparare a leggere i segnali di aiuto e accogliere i vissuti dolorosi degli individui traumatizzati, specialmente dopo un anno così complicato. Il potenziamento dei diversi ambiti: familiare, scolastico, dei gruppi dei pari, dei servizi sociali e di comunità, è più che mai necessario, in modo da realizzare, quella che si definisce, una “*resilient community*” (Peirone, 2020).

La seguente tesi ha voluto dare al lettore una visione di insieme circa la vastità di aree che interessano il trauma, che lascia impronte a livello emotivo, corporeo, celebrale e nella cultura. Attraverso un percorso storico selettivo è stato possibile introdurre la resilienza al trauma, chiarendone i principali aspetti, per poi spostarsi sull’analisi delle conseguenze indotte dal trauma. Le ricerche hanno evidenziato che il trauma intrude nella sfera sociale di una persona, interferisce con il suo comportamento cooperativo, ne influenza l’apprendimento e le capacità di gestione delle emozioni. I progressi provenienti dal campo delle neuroscienze hanno fornito una maggior comprensione di come il trauma modifichi lo sviluppo del cervello, i meccanismi di autoregolazione e la capacità di rimanere concentrati e sintonizzati sugli altri (Van Der Kolk, 2014). Hanno inoltre, permesso di apprendere come le esperienze cambino la struttura e la funzione del cervello. A fronte di queste evidenze è stato possibile comprendere: i comportamenti

bizzarri che i soggetti traumatizzati mettono in atto, come risultato di schemi comportamentali disadattivi appresi, l'abuso di sostanze e il conseguente sviluppo di dipendenze, l'impegno in attività pericolose e l'anedonia, che blocca ogni spinta verso la vitalità e il cambiamento positivo.

Questi fatti hanno poi permesso di spostare il focus dell'attenzione, sui possibili percorsi di cura, sottolineando in particolare l'efficacia della Mindfulness, le cui ricerche hanno dimostrato come essa sia in grado di facilitare la gestione delle reazioni fisiche ad eventi traumatici, attraverso lo sviluppo di una maggior consapevolezza e compassione (Kearney et al. 2013), verso sé stessi, in un primo momento, per poi estenderla a tutti gli esseri viventi. La resilienza è il prodotto della capacità di agency (Van Der Kolk, 2014), ovvero il sapere che cosa si sta facendo in quel preciso istante in modo consapevole, di risorse mentali quali la bontà, la compassione e la gentilezza (Hanson & Hanson, 2018) e dell'insieme delle reti di sostegno che intervengono in seguito l'evento traumatico (Malaguti, 2005); quindi un costrutto multidimensionale. Il potenziale della Loving-kindness meditation, una delle pratiche maggiormente utilizzate per la cura dei soggetti traumatizzati, è stato studiato nelle recenti evidenze scientifiche, che riportano come questa pratica aumenti le interazioni sociali, costruendo e implementando la resilienza (Polizzi et al. 2020), insegnando agli individui come coltivare emozioni positive e una maggior connessione sociale. In fin dei conti siamo degli animali sociali i cui cervelli sono tra di loro connessi per favorire la condivisione delle attività, siano esse di lavoro o ricreative. L'umanità di un singolo è quindi inestricabilmente legata a quella di un altro individuo come la stessa sofferenza; pertanto, la vera guarigione è impossibile senza il riconoscimento dell'umanità e del destino comune di noi esseri umani.

BIBLIOGRAFIA:

- Amadei, G. (2013). *Mindfulness. Essere consapevoli*. Bologna: Il Mulino.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IIIa Ed). Washington DC.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IVa Ed). Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IVa Ed rev.). Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Va Ed). Washington DC.
- Anthony E.J. (1987). *Risk, Vulnerability and Resilience: An overview*. In E. J. Anthony & B. J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 3–48). Guilford Press.
- American Psychological Association. (2020). *Costruire la tua resilienza*.
From: <http://www.apa.org/topics/resilience>
- Beattie, E. N. (2020). *The Mind's Design: The Neuroscience of Stress and Resilience*. American Association for Adult and Continuing Education.
- Boyd, J. E., Lanius, R. A., & McKinnon, M. C. (2018). Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: A review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 43(1), 7–25.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American psychologist*, 59(1), 20.
From: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bonanno G. A. (2021). *The End of Trauma: How the New Science of Resilience Is Changing How We Think About PTSD*. Basic books.
From: <https://books.google.it/books?id=kt4lzgEACAAJ>

- Breuer, J. & Freud, S. (1892). *Comunicazione preliminare: Sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici*. (Vol.1). Torino: Boringhieri.
- Campione F. (2000). *Rivivere. L'aiuto psicologico nelle situazioni di crisi*. Bologna: Clueb.
- Camuffo, M., & Costantino, M. A. (2010). Promozione della resilienza e strategie di intervento. *Giornale Di Neuropsichiatria Dell'Età Evolutiva*, 30(2), 120–129.
- Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, behavior, and immunity*, 21(8), 1038-1049.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance use & misuse*, 49(5), 492-512.
- Charcot J. M. (1889). *Clinical Lectures On Certain Diseases of the Nervous System*. Vols. 3. London: New Sydenham Society.
- Cicchetti, D., & Cohen, DJ (2006). *Psicopatologia dello sviluppo: Neuroscienze dello sviluppo, Vol 2, 2a ed.* (D. Cicchetti & DJ Cohen (Eds.)). John Wiley & Sons Inc.
- Cyrułnik B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris, Odil Jacob (trad. it. Una meravigliosa disgrazia Frassinelli, Milano, 2000).
- Fisher, N. Verplanken, B (2014). Preoccupazione abituale e benefici della consapevolezza. *Consapevolezza* 5, 566-573.
- Frewen, P., & Lanius, R. (2015). *Guarire il sé traumatizzato: Coscienza, neuroscienze, trattamento (serie Norton sulla neurobiologia interpersonale)*. WW Norton & Company.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and anxiety*, 28(9), 750-769.
- Galimberti, U. (2001). *Enciclopedia di psicologia*. Torino: Garzanti.

- Goleman, D., & Davidson, R. (2017). *La meditazione come cura*. Milano: Rizzoli.
- Hanson & Hanson (2018). *Resilient. How to Grow an Unshakable Core of Calm, Strength and Happiness*. Penguin Randomm House LLC.
- Hanus, M. (2001). Le deuil de ces tout-petits enfants. *Études sur la mort*, (1), 7-15.
- Hasenkamp, W., & Barsalou, L. W. (2012). Effects of meditation experience on functional connectivity of distributed brain networks. *Frontiers in human neuroscience*, 6, 38.
- Hellenberger H.F. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Basic books (trad. it. La scoperta dell'inconscio: Storia della psichiatria dinamica. Boringhieri, Torino, 1976).
- Hunter, R. G., Gray, J. D., & McEwen, B. S. (2018). The neuroscience of resilience. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 9(2), 305–339.
From: <https://doi.org/10.1086/697956>.
- Istituzioni, L. (2021). *Le richieste d'aiuto durante la pandemia: I dati dei centri antiviolenza, delle Case rifugio e delle chiamate al 1522*. 1–14.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique: essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Alcan (trad. it. *L'automatismo psicologico: Saggio di psicologia sperimentale sulle forme inferiori dell'attività umana*. Raffaello Cortina, Milano 2013).
- Janet, P. (1911). *L'Etat mental des hystériques*, Vols.2. Paris: Félix Alcan.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1996). *Vivere momento per momento. Sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia con la mindfulness*. Milano: TEA.
- Kearney, D. J., Malte, C. A., McManus, C., Martinez, M. E., Felleman, B., & Simpson, T. L. (2013). Loving-kindness meditation for posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 426-434.

- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral cortex*, 23(7), 1552-1561.
- Kotera, Y., Ting, S.-H., & Neary, S. (2021). Salute mentale degli studenti universitari della Malesia: confronto nel Regno Unito e relazione tra atteggiamenti negativi sulla salute mentale, auto-compassione e resilienza. *The International Journal of Higher Education Research*, 81 (2), 403-419.
- Levine, P.A (2002). *Traumi e shock emotivi. Come uscire dall'incubo di violenze, incidenti e esperienze angosciose*. Diegaro di Cesena: Macro Edizioni.
- Lionetti, F., Pluess, M., & Barone, L. (2014). Vulnerabilità, resilienza o differente permeabilità? Un confronto tra modelli per lo studio dell'interazione individuo-ambiente. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo*, 18(2), 163–182.
From: <https://doi.org/10.1449/77633>.
- McLean P.D. (1990). *The Triune Brain in Evolution. Role in Paleocerebral Functions*. New York: Plenum Publishing Corporation.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(8), 971–985.
From: <https://doi.org/10.1002/jclp.20283>.
- Matus JL. (2001). Trauma, memory, and railway disaster: the Dickensian Connection. *Indiana University Press. Studi vittoriani* vol. 43, n. 3. Retrived: primavera 2001.
From: <https://www.jstor.org/stable/3829699>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28-44.
- Peirone, L. (2020). *Nuovo coronavirus e resilienza. Strategie contro un nemico invisibile*, 56.
- Polizzi, C., Lynn, S. J., & Perry, A. (2020). Stress and Coping in the Time of COVID-19: Pathways to Resilience and Recovery Craig Polizzi, Steven Jay Lynn, Andrew Perry. *Clinical Neuropsychiatry*, 59–62.

Portnoy, GA, Relyea, MR, Decker, S., Shamaskin, GA, Driscoll, M., Brandt, CA,

Haskell, SG e Shamaskin-Garroway, A. (2018). Comprensione delle differenze di genere nella resilienza tra i veterani: storia dei traumi ed ecologia sociale. *Giornale dello stress traumatico*, 31 (6), 845-855

Roth, M., & Herzberg, PY (2017). The resilient personality prototype. *Journal of individual differences*.

Ruth Lanius A. Frewen P. (2015). *Healing the Traumatized self: Consciousness, Neuroscience, Treatmen*. W.W. Norton & Company.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331.

Rutter, M. (1979). Fattori protettivi nelle risposte dei bambini allo stress e allo svantaggio. In *Prevenzione Primaria della Psicopatologia, Vol. 3: Competenza sociale nei bambini*, Kent, MW & Rolf, JE (a cura di). Hannover, NH: University Press del New England.

Siegel, D. J. (2009). Mindful awareness, mindsight, and neural integration. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 137.

From: <https://doi.org/10.1080/08873260902892220>

Steuwe, C., Daniels, J. K., Frewen, P. A., Densmore, M., Pannasch, S., Beblo, T., Reiss,

J., & Lanius, R. A. (2014). Effect of direct eye contact in PTSD related to interpersonal trauma: an fMRI study of activation of an innate alarm system. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(1), 88–97.

Van Der Kolk, & Van Der Hart (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. In *American Journal of Psychiatry*, 146.

Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress*. USA: Penguin

Random House Company.

Werner E. & Smith R. (1982). *Vulnerable but invincibile: A longitudinal study of resilient children and youth*. NY: Mac Graw Hill.

Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 5, 603.

Zingarelli, N. (2018). *Lo Zingarelli 2019. Vocabolario della lingua italiana*. Bologna, Zanichelli editore.

SITOGRAFIA:

<https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/omicidi-di-donne>.

<https://www.stateofmind.it/tag/trauma-esperienze-traumatiche>.

<https://www.stateofmind.it/tag/resilienza/>.

<https://www.stateofmind.it/2018/11/emdr-mindfulness-jamie-marich>.

<https://www.istitutobeck.com/mindfulness-trauma>.

RINGRAZIAMENTI

Non è stato per nulla semplice scrivere questi ringraziamenti, poiché solo al termine di questo lavoro, mi rendo finalmente conto dell'intero percorso che mi ha portato alla realizzazione di questo traguardo, frutto di enormi sacrifici.

Dedico questa tesi a tutti coloro che mi hanno insegnato che cos'è la resilienza, che mi hanno insegnato a difendere le piccole cose, quelle date per scontate sempre e apparentemente fragili, ma che col tempo ho imparato a vedere come le più preziose.

In primis, un ringraziamento alla mia relattrice Laura Ferro, per aver accettato di seguire questo lavoro, che per me significa tanto.

Grazie all'oratorio della Spolina e a tutti gli amici, con cui, da anni, vivo esperienze meravigliose, che probabilmente mai mi sarei immaginata di poter vivere a vent'anni. Grazie per aver condiviso con me le vostre storie, per essermi stata vicina in tutti questi anni e per avermi trasmesso gioia e spensieratezza. Siete fantastici!

Volevo poi ringraziare le mie colleghe, nonché le persone che tra alti e bassi hanno condiviso con me questi tre anni: Giulia per essermi amica da così tanti anni e per aver sempre creduto nella nostra amicizia, nonostante le difficoltà; Fede e Ire, per il supporto, per l'energia e la positività che mi avete sempre trasmesso. Siete importanti.

Un grazie di cuore va poi a Cami, la cui amicizia nell'ultimo anno è stata per me fondamentale. Grazie per avermi capita, per aver ascoltato le mie infinite preoccupazioni e i miei timori, dandomi sempre la forza per reagire e andare avanti anche nei momenti più brutti. Ti ringrazio per le infinite risate, dovute anche, all'infinità di sfighe che ci hanno accompagnato in questi tre anni, per i discorsi filosofici, le

lunghe consulenze psicologiche, per le baby dance ballate in casa e le canzoni cantate a squarciagola in macchina. Grazie per essere la persona che sei, ti voglio bene Sestra!

Il ringraziamento più grande va, però, alla mia famiglia, a mamma, papà e zio in particolare, che mi hanno sempre sostenuta. Grazie per avermi permesso di studiare, senza il vostro supporto non sarei mai potuta arrivare fin qui. Siete la mia forza, vi voglio bene.

Infine, senza pretese di egoismo, ringrazio me stessa per la testardaggine, la determinazione e la voglia che ho di dimostrare sempre, perché credo che ognuno di noi, anche se nel suo piccolo, può contribuire a un qualcosa di grande.