

Gli eventi traumatici

Traumi da incidente stradale

Paola Magna*

Stavo bene, in piena salute, con un nuovo incarico, un'agenda fitta di impegni e tante idee... Al termine di una riunione a Roma, stavo tornando a casa per pranzo: attraverso una strada con il semaforo verde, sulle strisce pedonali... All'improvviso sento una parete di metallo contro la spalla destra, che mi butta a terra con una violenza indicibile: era un bus di collegamento tra Ciampino e la stazione Termini, che nello svoltare non mi aveva visto e mi era giunto alle spalle. Mi ha scaraventato per terra. Con una lucidità che poi mi ha sorpreso, ho cercato di non cadere supina, mi sono messa in posizione fetale, con tutta la mia forza ho tirato indietro il più possibile la gamba destra. Intanto la ruota posteriore del pullman mi stava trascinando il piede al di sotto; mi ha compresso la gamba e ustionata... poi si è finalmente fermato!

Ho avvertito subito che la mia vita sarebbe cambiata. È cominciata la dolorosa trafila: ambulanza, pronto soccorso, ricovero, diagnosi e l'operazione. Solo dopo diverse ore, le ferite gravi della gamba destra sono emerse in superficie; ma non sono state curate e purtroppo avevo un pesante gesso che ha peggiorato l'infezione... Così, al trauma dell'incidente se n'è aggiunto un altro: quello di perdere la gamba: spostamento veloce in un altro ospedale, altre due operazioni per salvare la gamba, compressa e ustionata dal calore della ruota del bus.

Sono stati mesi di lotta dura: contro il dolore, poi il periodo in carrozzina, la lotta per riuscire a camminare di nuovo, le continue medicazioni alla gamba, la lotta per riprendere una vita normale...

Quando stavo un po' meglio fisicamente, sono emersi altri sintomi: panico nell'attraversare la strada, sonno molto disturbato, difficoltà di concentrazione e impossibilità di leggere, perdita di energia vitale, depressione, molta fragilità emotiva, vuoti di memoria... Sentivo che mi era rimasto *un grido* nel profondo di me, che non è potuto uscire. Erano le conseguenze del trauma.

* Psicologa a Firenze, superiora provinciale delle Suore Ausiliatrici, docente all'Istituto Superiore per Formatori.

Ho dovuto interrompere tutti gli impegni e staccare da tutto per quasi tre mesi. È in quel periodo che ho potuto approfondire e rielaborare il mio trauma. Ho letto un libro che mi ha aiutato molto e dal quale ho attinto lo spunto per scrivere queste pagine: Diane e Laurence Heller, *Traumi da incidenti*ⁱ.

Il fenomeno degli incidenti stradali richiede un riesame complessivo delle risposte attuate sino ad allora, sia in termini di prevenzione sia di gestione delle sue conseguenze sociali e sanitarieⁱⁱ. Molti studi hanno dimostrato il possibile sviluppo di stress permanente, che si manifesta con il rivivere l'esperienza traumatica attraverso incubi e flashback, insonnia, attacchi di panico. A questo si aggiungono ansia, depressione e problemi di memoria e di concentrazione. Era proprio quello che avevo sperimentato sulla mia pelle!

Disturbo post-traumatico da stress (DPTS)

Il disturbo, come entità diagnostica inserita nel DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), è stato riconosciuto per la prima volta nel 1980, tuttavia ancora oggi alcuni psichiatri ritengono che il DPTS non sia veramente una categoria diagnostica distinta, ma piuttosto un misto di depressione e di ansiaⁱⁱⁱ. Le conseguenze (che non scompaiono negli anni) della guerra del Vietnam e quelle devastanti dell'incesto e dell'abuso sessuale hanno intensificato gli studi sugli effetti del trauma^{iv}.

Oggi c'è un accordo nel ritenere che il DPTS dipende più da fattori soggettivi che dalla gravità dello stress^v: 1) la persona ha vissuto, è stata testimone o ha affrontato uno o più eventi che riguardano la morte (reale o temuta) o un danno grave o una minaccia per la propria o altrui integrità fisica, 2) la sua risposta è caratterizzata da intensa paura, da impotenza e da orrore, 3) la situazione si complica per l'insorgenza di vecchi traumi rievocati dalle circostanze attuali.

La moderna visione psicodinamica del DPTS è stata molto influenzata dai lavori di Krystal^{vi} con le sue prolungate indagini sui sopravvissuti alle persecuzioni naziste: egli ha notato un'alta prevalenza di malattie psicosomatiche e l'incapacità di identificare o verbalizzare stati affettivi (*alesitimia*). Secondo Krystal, un trauma psichico dell'infanzia porta ad un *arresto* dello sviluppo affettivo, mentre un trauma in età adulta porta ad una *regressione* dello stesso sviluppo. In entrambi i casi il risultato finale è che i sopravvissuti a un trauma non possono usare gli affetti come segnali, pertanto li somatizzano oppure li curano abusando nell'assunzione di farmaci. Ancora, non sono più in grado di rilassarsi e di calmarsi a sufficienza così da potersi addormentare naturalmente.

Che cos'è un trauma?

Ogni esperienza dolorosa può diventare un trauma psichico, specialmente se connessa ad un cambiamento permanente dell'ambiente. Peter Levine, direttore della Foundation Human Enrichment in America e autore di libri specifici sui traumi^{vii}, preferisce chiamare il PTSD: «reazione da stress post-traumatico» (PTSR),

sostituendo *reazione a disturbo*, perché lo considera non un disturbo ma una reazione fisica naturale ad un certo evento opprimente,

Così parla del trauma: «è forse la causa di sofferenza più rimossa, ignorata, sminuita, fraintesa e non curata che esista. Sebbene sia la fonte di moltissimi dolori e disfunzioni, non è un disturbo o una malattia, ma la conseguenza di uno stato alterato di coscienza che sorge spontaneamente. Entriamo in questo stato alterato - chiamiamolo “modalità di sopravvivenza”- quando sentiamo che la nostra vita è minacciata. (...) Questo stato di grande attivazione serve soltanto a farci compiere azioni difensive a breve termine; se col tempo non passa, dà vita ai sintomi del trauma»^{viii}.

Un altro autore, che ha approfondito la cura dei traumi, Lewis Herman afferma: «Gli eventi sono traumatici non perché accadono raramente, ma perché superano le capacità di adattamento di un essere umano ordinario... Il denominatore comune del trauma psicologico è una sensazione di paura intensa, impotenza, perdita di controllo e minaccia di annientamento»^{ix}.

Un trauma è qualsiasi evento che infrange le barriere del corpo agli stimoli, producendo un opprimente senso di impotenza. Il trauma comporta la presenza di uno stato di grande spavento di fronte ad un evento improvviso, inaspettato, potenzialmente mortale, incontrollabile, a cui non si può reagire in modo efficace, nonostante tutti i propri sforzi.

Un grave trauma presenta queste otto conseguenze psicologiche:

1) dolore o tristezza; 2) colpa per i propri impulsi di rabbia e distruttivi; 3) paura di diventare distruttivi; 4) sentimenti di colpa per essere sopravvissuti; 5) paura di identificarsi con le vittime; 6) vergogna rispetto al sentimento di impotenza e di vuoto; 7) paura di ripetere il trauma; 8) intensa rabbia diretta verso la fonte del trauma.

O. Horowitz, in G. Gabbard, *Psichiatria psicodinamica*, cit., p. 258.

Energia bloccata

Il trattamento migliore è ancora oscuro: sembra che la psicoterapia esplorativa finalizzata ad aiutare a *ricostruire* il trauma possa essere dannosa. Anche portare i pazienti a parlare del trauma può essere un compito assai arduo: per esempio, nei casi d'incesto o di abuso infantile le vittime si sentono minacciate da chissà quale disastro se infrangeranno i loro silenzio... Gabbard afferma che finora nessuna terapia per il DPTS è totalmente soddisfacente: sebbene sia stato provato quasi ogni farmaco, nessuno di essi ha avuto successo nell'eliminare completamente la sintomatologia. La psicoterapia del DPTS deve essere altamente personalizzata. L'integrazione delle esperienze traumatiche che sono state scisse deve essere dosata secondo la particolare capacità del paziente rispetto a tale integrazione.

Levine è l'iniziatore di un nuovo approccio: il *Somatic Experiencing* (SE), approccio naturalistico a breve termine per la risoluzione e la cura del trauma. Secondo la sua visione, trauma vuol dire «sperimentare troppe cose, troppo velocemente e troppo presto». Il trauma risiede nel corpo, oltre che nella mente:

occorre quindi un approccio che affronti entrambi contemporaneamente. La SE è appunto una terapia corpo-mente per la cura del trauma: mostra come il trauma non risieda nell'evento, ma nella destrutturazione del sistema nervoso. È per questa ragione che persone diverse reagiscono in modo differente a quello che sembra lo stesso evento.

Levine si è basato sull'osservazione che gli animali selvatici soggetti a predazione, benché siano costantemente sotto minaccia, raramente sono traumatizzati. Infatti, questi animali «utilizzano meccanismi innati per regolare e scaricare gli elevati livelli di energia associati ai comportamenti di difesa e sopravvivenza. Tali meccanismi rendono gli animali naturalmente immuni ai traumi. Sebbene gli esseri umani vengano al mondo praticamente con gli stessi meccanismi regolatori degli animali, la funzione di questi sistemi istintivi è spesso annullata o inibita, tra le altre cose, dalla parte “razionale” del cervello. Questo freno impedisce il rilascio completo delle energie di sopravvivenza e non permette al sistema nervoso di riacquistare il suo equilibrio. L'energia non scaricata resta nel corpo e il sistema nervoso si blocca nella “modalità di sopravvivenza”. I vari sintomi del trauma derivano dal tentativo del corpo di gestire e contenere questa energia inutilizzata. *Somatic Experiencing* utilizza la consapevolezza delle sensazioni corporee per aiutare le persone a elaborare e guarire i propri traumi, anziché riviverli»^x.

Secondo la teoria di Levine, quindi, i sintomi traumatici non sono provocati dall'evento pericoloso in sé, ma sorgono quando un'energia residua dall'evento non viene scaricata dal corpo. La chiave, allora, per eliminare i sintomi traumatici risiede nella lenta attivazione e poi nello scarico di questa energia in eccesso. Questo metodo fornisce delle tecniche molto precise provenienti anche da terapie mediche, psicologiche e corporee tradizionali. Ciò che, però, lo distingue da queste terapie tradizionali è il modo in cui individua e lavora con ciò che accade nel sistema nervoso autonomo durante un evento opprimente.

Apprendere risposte normali a situazioni anormali

Diane Heller ha rielaborato la tecnica terapeutica di Levine, proprio in seguito ad un grave incidente stradale di cui è stata vittima. Nel libro, scritto insieme al marito, dimostra che il trauma non è un problema né fisico, né psicologico: il punto sta nell'apprendere una risposta normale ad una situazione anormale.

Gli Heller si sono specializzati in pazienti con ferite o disturbi da stress post-traumatico tipici degli incidenti automobilistici, attraverso una *cura specifica per l'evento*. Il loro libro è ricco di esercizi proposti al lettore, molti dei quali basati sulla tecnica di Levine, il cui fulcro sta nell'aiutare a ri-regolare il proprio sistema nervoso, ritornando ad un senso di sicurezza e di benessere. Con il percorso proposto, essi riescono a ridurre molto l'*impatto* del trauma sulla sua vittima, nel presente e nel futuro, pur non potendo cambiare il passato.

La rielaborazione teorica degli Heller si concentra sul concetto di *resilienza*, cioè sulla capacità di affrontare le sfide della vita restando connessi a se stessi in modo integrato. È la capacità di riprendersi dopo una difficoltà. La *gamma di resilienza* è quella gamma personale basata sulla genetica, la storia familiare, il sistema di supporto..., che consente ad una persona di affrontare le difficoltà della vita senza sentirsi travolta.

Il trauma nel proprio corpo: l'irrigidimento

Al pericolo si reagisce anche fisiologicamente con una serie prevedibile di reazioni.

L'irrigidimento è un'antica reazione dell'animale preda, un modo per nascondersi dall'aggressore. Nel modello umano esso può ridurre o diminuire il livello di violenza dell'aggressore. Quando ci si sente intrappolati o immobilizzati (esperienza tipica degli incidenti stradali), si ha una reazione di irrigidimento, durante la quale, spesso, la gente riferisce di essersi sentita gelida, paralizzata o incapace di muoversi.

Quando, però, la propria capacità di difendersi irrigidendosi, scappando o lottando non ha successo, le energie di sopravvivenza non rilasciate restano bloccate nel corpo. Se il blocco continua a lungo, insorgono dei sintomi (ansia, inquietudine, disorientamento, ipervigilanza...).

Gli animali, essendo meno razionali e più istintivi, si danno il permesso di completare la sequenza normale dettata dal loro sistema nervoso per scaricare la tensione bloccata e tornare all'equilibrio. Invece gli esseri umani negli incidenti sono quasi sempre interrotti dopo gli shock: devono parlare con l'altro conducente, affrontare la polizia, tornare al lavoro il prima possibile.... Incontrano quindi molta più difficoltà a completare quel processo di sblocco.

Levine segnala le ragioni principali di questa difficoltà: 1) l'energia di sopravvivenza è tanto intensa che ci spaventa, 2) siamo restii ad abbandonare il nostro controllo conscio a favore di sensazioni involontarie (inconsce). A causa di queste paure, il nostro cervello razionale spesso cerca di prevalere sul processo di completamento. Allora il sistema nervoso rimane in uno stato di attivazione e anche quando la minaccia è cessata, il corpo e il cervello reagiscono come se fosse ancora presente, continuando a secernere le sostanze chimiche della reazione lotta-o-scappa. Ne viene di conseguenza che un incidente o un trauma sviluppano nel corpo un'enorme energia di reazione. C'è uno *scoppio* di adrenalina, e di altre reazioni biochimiche, e il corpo è pronto per l'azione. Se è totalmente sopraffatto o bloccato, il corpo si irrigidisce, intrappolando tutta l'energia di sopravvivenza attivata. Questa energia non scaricata nel sistema nervoso è la fonte della maggior parte di sintomi riconosciuti come PTSD.

«La persona in reazione di irrigidimento ha schiacciato a fondo l'acceleratore, ma contemporaneamente sta premendo il freno, in modo che il motore è su di giri, ma la macchina non riesce a muoversi»^{xi}.

In particolare, quando i sintomi dell'ansia e del terrore continuano ad essere presenti, spesso vuol dire che la reazione incompleta è quella di fuga. Quando persistono i sintomi della rabbia e della collera, spesso vuol dire che la reazione incompleta è quella della lotta. È necessario completare sia le reazioni di lotta che quelle di fuga a livello fisiologico, per scaricare efficacemente l'iperattivazione immagazzinata, permettendo al corpo di rilassarsi veramente.

Quando l'evento è finito, il tremito o i brividi sono un buon segno: è il modo con cui il corpo rilascia l'energia in eccesso intrappolata.

Imparare il linguaggio delle sensazioni

Ho già accennato che ripetere il racconto dell'incidente in sede terapeutica può rendere più intenso il trauma, iperattivando nuovamente il sistema nervoso.

Somatic Experiencing opera in modo molto diverso: è fondamentale aiutare la persona ad accedere e a creare risorse fisiche ed emotive, che sviluppino in lei un senso di *resilienza*. Per guarire, poi, occorre imparare a lavorare con il proprio dolore e i propri sintomi, oltre che con tutte le proprie risorse.

Altro aspetto cruciale è lavorare sull'evento non in modo sequenziale. Il primo passo è imparare ad entrare in contatto con il proprio *cervello rettile*, la parte più primitiva del cervello. Il nostro cervello si compone di tre parti che operano in modo coordinato, benché ognuna sia dotata di una propria funzione. 1) Neocorteccia o cervello cognitivo, parte pensante, astratta, creativa, strettamente collegata alla mente conscia. 2) Cervello limbico, parte più profonda, che sovrintende alle emozioni e ai sentimenti. 3) Cervello rettile o primitivo, ancora più profondo, primordiale, si occupa della sopravvivenza, sovrintende a tutte le funzioni involontarie (sonno, appetito, battito cardiaco...), all'autoconservazione e alla riproduzione, elabora lentamente le informazioni.

In un incidente automobilistico e in tutti gli eventi traumatici ci si sente minacciati: viene coinvolta la sopravvivenza e quindi il cervello rettile è quello che automaticamente prende il sopravvento. Come abbiamo già detto, la persona dopo l'incidente, usa troppo in fretta la *neocorteccia* non permettendo al *cervello rettile* di scaricare tutta l'energia accumulata durante l'evento traumatico.

Occorre allora lavorare all'indietro sul trauma, una parte per volta, ma non nella stessa sequenza dell'evento originario: il primo passo è imparare ad entrare in contatto con il proprio cervello rettile, cioè con sensazioni, immagini, metafore. Dobbiamo parlargli lentamente e con semplicità: occorre imparare il linguaggio delle sensazioni, facendo attenzione a ciò che accade nel proprio corpo.

Il trauma comincia ad essere risolto quando la persona inizia ad aprirsi all'esterno, l'attivazione trattenuta si scarica e si verifica così un'espansione della propria vita. Quando i livelli di sicurezza e fiducia aumenteranno, il sistema nervoso comincerà a tornare alla normalità.

Allora è cruciale in tutti gli stadi della cura del trauma sviluppare una sensazione di sicurezza.

La guarigione parte dalle proprie risorse naturali e dal ripristino dell'autostima e della fiducia in sé, aiutando contemporaneamente il sistema nervoso a riacquistare equilibrio e *resilienza*. Le risorse sono le esperienze positive della propria vita, passate e presenti, incluse le persone che si conoscono e si amano.

Ricordarsi delle risorse

Questa tecnica insegna a lavorare su ciò che disturba in se stessi restando connessi a ciò che in sé funge (o fungeva) da risorsa. È importante, allora, focalizzarsi su ciò che vi è di sano. Recuperare un senso di sicurezza è fondamentale per stare meglio.

Altro elemento importante per la guarigione è comunicare alla persona traumatizzata la convinzione che la guarigione è possibile e vigilare che abbia attorno delle persone che ci credano.

La cura del trauma prevede una continua oscillazione avanti e indietro dall'attivazione del trauma alle risorse. Solo così il proprio sistema nervoso può ottenere la scarica e il rilassamento di cui ha bisogno.

Molti sopravvissuti al trauma si chiedono continuamente: «Perché proprio a me? Perché è successo?». Queste sono le domande più difficili da affrontare. Occorre aumentare la propria accettazione della realtà: il trauma accade, siamo fisicamente vulnerabili, tutti abbiamo qualche disgrazia da affrontare e da cui riprenderci... Va accettato che quell'incidente è avvenuto e occorre andare oltre al «perché proprio io?», solo allora si può progredire nella cura.

Un altro aspetto importante della cura del trauma è l'importanza del contesto: la reazione all'incidente non nasce soltanto dagli eventi dell'incidente stesso o da ciò che è effettivamente successo. Occorre valutare tutto ciò che stava avvenendo nella vita recedente: si tratta di valutare i fattori di stress già presenti, i sostegni disponibili al momento dell'incidente, valutare anche le attese e i progetti precedenti all'evento traumatico.

I vuoti di memoria sono comuni dopo un incidente: non occorre ricordare tutti i dettagli, è sufficiente ricordare quanto basta per ristabilire un senso di continuità, in modo che si possa capire di aver attraversato davvero l'esperienza e che essa è finita. Ciò permette di andare avanti.

Si può dire di aver superato il trauma quando si riesce a pensare e a parlare dell'incidente senza diventare ansiosi, accelerare il respiro o avvertire dolori allo stomaco, cioè quando si sente che l'incidente appartiene al passato. Il fatto ancora più importante è che l'energia prima assorbita nei sintomi ora è libera per attività positive. Gli Heller ricordano che per molti, l'essere guariti dall'incidente ha cambiato in meglio la loro vita.

Una delle lamentele più frequenti è che dopo l'incidente la vita sembra essersi bloccata. Quando invece si sente che la vita è ricominciata, allora si è guariti! Quando si è nel trauma non si ha il senso del futuro: parte della cura consiste nel pensare al proprio futuro, visualizzare come potrebbe essere la propria nuova vita. «Spesso un incidente ci impone di rallentare, facendoci ripensare alla nostra vita. Che cosa sta funzionando nella vostra vita? Quali sono le vostre priorità? Che cosa volete davvero?»^{xiii}.

Il trauma approfondisce la nostra esperienza.

ⁱ D. e L. Heller, *Traumi da incidenti. Manuale di autoguarigione*, Macro Edizioni, Diegaro di Cesena (FC), 2007.

ⁱⁱ Cf G. De Isabella - S. Barbieri - M. Marzegalli, *Traumi da incidente stradale. Dalla prevenzione al trattamento integrato medico-psicologico*, Centro Scientifico, Roma, 2006.

ⁱⁱⁱ Per una chiara sintesi della storia di questo disturbo in campo psichiatrico cf G. Gabbard *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Ed., Mi, 1995 pp. 257-262.

^{iv} Nel 1976 Horowitz pubblicava il suo lavoro fondamentale circa l'impatto del trauma sulla personalità.

^v Cf lo studio di 51 pazienti ustionati dove si trovava il DPTS anche per le ustioni più piccole: S. Perry - J. Difede - G. Mungi et al., *Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury*, in «American Journal of Psychiatry», 149 (1992), pp. 931-935.

^{vi} Bibliografia in G. Gabbard, *Psichiatria psicodinamica*, cit., p.270.

^{vii} Cf P. Levine, *Traumi e shock emotivi. Come uscire dall'incubo di violenze, incidenti e esperienze angosciose*, Macro Edizioni, Diegaro di Cesena (FC), 2002.

^{viii} D. e L. Heller, *Traumi da incidenti*, cit., p.45.

^{ix} J. L. Herman, *Guarire dal trauma*, Ed. Magi, 2005, cit. in D. e E. Heller, *Traumi da incidenti*, cit., p.46.

^x D. e E. Heller, *Traumi da incidenti*, cit., p.18

^{xi} *Ibid.*, p.63

^{xii} *Ibid.*, p.280