

E SE IL PROBLEMA NON FOSSE QUELLO CHE È SUCCESSO, MA QUELLO CHE NON È MAI SUCCESSO?

NON SONO Solo

“Ma se ho avuto una vita così serena”

Quando qualcuno che ha avuto un'infanzia difficile sviluppa ansia o depressione, la reazione è quasi automatica: *“Con quello che ha passato, è comprensibile.”*

Ma quando sei tu a stare male e nella tua storia non trovi nulla di abbastanza drammatico da motivarlo, la sofferenza diventa una colpa personale. Se non mi è successo niente di grave, allora il problema deve essere io.

“I miei genitori mi hanno sempre voluto bene.” “Non mi è mai mancato nulla.” “Altri hanno vissuto cose ben peggiori.”

È una trappola in cui cadono moltissime persone. Come se il dolore avesse bisogno di un certificato di autenticità per essere preso sul serio.

Ma la realtà è più complessa.

Un trauma non scrive automaticamente un destino. E spesso ciò che mette in difficoltà l'equilibrio mentale è proprio ciò che non si vede. O che, semplicemente, non è mai successo.



COME NASCE UN DISTURBO MENTALE

I disturbi psicologici nascono quasi sempre dall'incontro di tre fattori: predisposizione genetica, eventi di vita e contesto personale.

La **predisposizione genetica** è quel patrimonio biologico scritto nel DNA che ereditiamo alla nascita. La depressione maggiore, per esempio, ha un'ereditabilità del 37%[1] mentre per disturbi d'ansia e il PTSD si aggira sul 30-40%. Una parte del rischio, insomma, è già presente, ma da sola non basta.

Contribuiscono infatti gli **eventi di vita**, quei momenti precisi e identificabili che funzionano da innesco. Un lutto improvviso, un trauma, un incidente. Sono la causa contingente, immediata, la scintilla che può far emergere un disturbo in una persona già vulnerabile.

Ma c'è un terzo fattore, più sottile e forse per questo ancora più determinante: il **contesto personale**. Non parliamo di singoli episodi, ma di tutto ciò che si sedimenta nel tempo.

Potrebbe essere il clima familiare in cui siamo cresciuti, il modo in cui le nostre emozioni sono state accolte o, al contrario, sistematicamente ignorate e invalidate.

Una persona può non aver mai vissuto in famiglia episodi violenti, ma comunque essere cresciuta in un contesto in cui le emozioni erano un tabù o piangere era visto come un segno di debolezza.

Sono **pattern relazionali che si ripetono**, che diventano il nostro modo di stare nel mondo, e che creano il terreno su cui poi un disturbo può attecchire.

COSA NON SONO

LA GENETICA NON È DESTINO

Uno studio pubblicato sulla rivista Science (Caspi et al., 2003) ha dimostrato che le persone con una variante genetica legata alla depressione svilupparono sintomi solo se avevano anche vissuto eventi stressanti o maltrattamenti infantili. Chi aveva la stessa vulnerabilità genetica ma era cresciuto in un ambiente protetto presentava un rischio molto minore.

GLI EVENTI NON AGISCONO DA SOLI

Uno studio su oltre 17.000 adulti ha rivelato che il 76% degli adolescenti ha vissuto almeno un'esperienza avversa nell'infanzia; eppure, non tutti sviluppano disturbi. Dipende da come questi eventi interagiscono con la vulnerabilità genetica e, soprattutto, con il contesto.

IL CONTESTO NON È UNA LISTA

Non è un elenco di episodi, ma un tessuto invisibile di messaggi impliciti e abitudini emotive che si consolidano nel tempo.

QUANDO C'È UN GRANDE TRAUMA

Partiamo da una certezza: i grandi traumi esistono, sono reali e possono avere conseguenze profonde.

Violenze, abusi, abbandoni. Quando accadono, il corpo e la mente possono reagire in modo significativo. Flashback che riportano indietro senza preavviso, ipervigilanza costante, la sensazione che il pericolo non se ne sia mai andato davvero.

La scienza lo conferma: **il maltrattamento infantile pesa per il 45% del rischio di sviluppare disturbi psichiatrici nell'infanzia** (Teicher & Samson, 2016). Non parliamo soltanto di cicatrici emotive: in alcuni casi si osservano

vere alterazioni nelle strutture cerebrali come ippocampo, amigdala e corteccia prefrontale.

E il trauma non si ferma sempre a chi lo subisce. I neonati di madri che hanno vissuto trascuratezza emotiva possono nascere con connessioni cerebrali già influenzate da quelle esperienze e a un mese di vita portare già il peso di qualcosa che non hanno vissuto in prima persona.

Di fronte a un grande trauma, nessuno si permette di mettere in dubbio la sofferenza.

Ma quando il grande trauma non c'è?

A VOLTE È QUELLO CHE NON SUCCUDE

Un bambino cresce in una casa dove non manca nulla materialmente, i genitori non sono violenti, non urlano, non lo umiliano. Dall'esterno, tutto sembra normale. Eppure, quel bambino, quando torna da scuola con un brutto voto, non trova nessuno che gli chieda come si sente. Quando piange perché ha litigato con un amico, riceve un "queste cose sono stupidaggini". Quando prova a raccontare che si sente solo, la risposta è un silenzio distratto o un rapido "vedrai che ti passa".

Cresce così con la sensazione che i suoi sentimenti siano sbagliati, che chiedere attenzione sia egoista, che mostrarsi vulnerabile sia pericoloso.

Questo è il **neglect emotivo**: non ciò che i genitori fanno, ma ciò che non fanno. Non forniscono nutrimento emotivo, non riconoscono i sentimenti come validi, non rispondono ai bisogni affettivi.

È un trauma fatto di assenze e proprio per questo difficile da identificare. Non ci sono episodi da raccontare, solo un vuoto che si allarga nel tempo.

I numeri: il 18,4% della popolazione generale ha vissuto neglect emotivo. Sale al 43% tra chi ha disturbi psichiatrici. Il solo neglect emotivo, anche in assenza di quello fisico, può predire depressione e ansia in giovani adulti.

Come dice la Dott.ssa Jonice Webb*: **“Poiché è un atto di omissione, non è visibile, evidente o memorabile.”**

E i vuoti sono difficili da mostrare.

*Jonice Webb è una psicologa clinica americana specializzata in Childhood Emotional Neglect (CEN - trascuratezza emotiva infantile), concetto che ha sviluppato e reso popolare attraverso i suoi libri bestseller "Running on Empty" (2012) e il seguito del 2014.

I MICROTRAUMI

Esiste un tipo di trauma che non assomiglia a quello che siamo abituati a immaginare perché non è né drammatico né un evento isolato. È sottile, ripetuto, cumulativo.

Succede a tavola, quando provi a raccontare qualcosa che ti è successo e tuo padre ti interrompe a metà frase per rispondere al telefono. Succede quando torni a casa emozionati per un risultato a scuola e tua madre dice "bravo" senza alzare lo sguardo dal cellulare.

Sono piccole ferite che, prese singolarmente, sembrano sopportabili, ma sono destinate ad accumularsi nel tempo. Giorno dopo giorno, anno dopo anno, finiscono per minare l'autostima, distorcere la percezione di sé, compromettere la capacità di stare in relazione con gli altri.

Immagina un vetro: un trauma è il sasso che lo frantuma all'istante. Il microtrauma è una crepa invisibile che si allarga

millimetro dopo millimetro, finché basta uno schiocco di dita per farlo andare in frantumi.

Sono davvero più insidiosi dei grandi traumi?

Sembra controintuitivo, ma la risposta è: in molti casi, sì.

Uno studio del 2009 (Cloitre, M. et al.) ha scoperto qualcosa di sorprendente. Anche quando le persone vivevano eventi traumatici maggiori da adulti, ciò che determinava la gravità dei sintomi non era quell'evento in sé, ma l'accumulo di esperienze avverse vissute nell'infanzia.

Dunque, non è l'intensità del singolo colpo a fare la differenza, ma la sua pervasività nel tempo. Gli eventi traumatici isolati lasciano cicatrici circoscritte. Il trauma cumulativo, invece, ha effetti che si infiltrano ovunque: modella il modo stesso in cui percepiamo noi stessi, gli altri, il mondo intero.

SONO DAVVERO PIÙ INSIDIOSI DEI GRANDI TRAUMI?

Sembra controintuitivo, ma la risposta è: in molti casi, sì.

Uno studio del 2009 (Cloitre, M. et al.) ha scoperto qualcosa di sorprendente. Anche quando le persone vivevano eventi traumatici maggiori da adulti, ciò che determinava la gravità dei sintomi non era quell'evento in sé, ma l'accumulo di esperienze avverse vissute nell'infanzia.

Dunque, **non è l'intensità del singolo colpo a fare la differenza, ma la sua pervasività nel tempo**. Gli eventi traumatici isolati lasciano cicatrici circoscritte. Il trauma cumulativo, invece, ha effetti che si infiltrano ovunque: modella il modo stesso in cui percepiamo noi stessi, gli altri, il mondo intero.

PERCHÉ NON LI RICONSCIAMO

Paradossalmente, il 42,8% delle persone sane minimizza le proprie esperienze traumatiche, contro il 26,7% di chi soffre di disturbi psichiatrici. Si chiama **bias di positività** ed è un meccanismo di difesa: minimizziamo inconsciamente per proteggere il nostro benessere psicologico.

Funziona così: ti chiedono della tua infanzia e tu rispondi con un "normale, tutto bene". Poi però ti ritrovi a trent'anni incapace di chiedere aiuto, convinto che i tuoi bisogni non contino davvero. E se qualcuno insiste, se prova a scavare, la risposta è sempre la stessa: "Ma dai, c'è chi ha passato molto peggio."

Poi c'è la **normalizzazione**. I bambini si fanno un'idea di ciò che è "normale" dalla loro famiglia. Quando le esperienze avverse sono tutto ciò che conoscono, diventano inevitabilmente la loro normalità.

Tua madre che sospira ogni volta che entri in una stanza? Normale. Tuo padre che si chiude in un silenzio di ghiaccio per giorni dopo un litigio? Normale. Nessuno che ti chiede mai come stai davvero? Normale.

È solo anni dopo, magari vedendo come funziona un'altra famiglia, che pensi: "Aspetta, forse non doveva essere così." Ecco perché molti riconoscono di aver vissuto una ferita relazionale solo anni, o addirittura decenni, dopo.

E poi ci mettiamo del nostro con le **narrazioni** che ci costruiamo. È il confronto al ribasso che facciamo automaticamente: se non c'è stata violenza fisica, se i tuoi genitori ti davano da mangiare, se avevi un tetto sulla testa, allora non puoi definirti traumatizzato.

Infine, c'è l'**alesittimia**, ossia l'incapacità di identificare le proprie emozioni. Colpisce circa il 10% della popolazione ed è strettamente legata alla trascuratezza emotiva. Come fai a sapere che ti manca qualcosa se non hai mai imparato a riconoscere cosa provi?

Si crea così un circolo vizioso: la trascuratezza emotiva compromette proprio la capacità di riconoscere la trascuratezza emotiva stessa.

QUATTRO MICROTRAUMI COMUNI

Non tutti i microtraumi urlano. Alcuni sussurrano così piano che ci metti anni a capire che facevano parte di te.

Altri si travestono da premura, da vicinanza, da "famiglia unita".

Scopriamone alcuni tra i più diffusi e, paradossalmente, tra i più difficili da riconoscere.

INVALIDAZIONE EMOTIVA

“Stai esagerando. Sei troppo sensibile. Non è successo niente di grave.” Quando le tue emozioni vengono sistematicamente banalizzate o punite, impari a non fidarti di ciò che senti. Impari che quello che provi è sbagliato, eccessivo, ridicolo. Una review su 77 studi conferma l'associazione significativa con disturbi psicologici in età adulta.

PARENTIFICAZIONE

Succede quando i ruoli si invertono: il bambino diventa genitore dei propri genitori. Assume il ruolo di confidente emotivo, mediatore, caregiver. “Mamma ha bisogno di me”. “Devo tenere unita questa famiglia.” Solo negli USA coinvolge tra 1,3 e 1,4 milioni di bambini. Il messaggio che passa è chiaro: il tuo valore dipende da quanto ti prendi cura degli altri, mai di te stesso.

ACCUDIMENTO INCONSISTENTE

Oggi un genitore ti abbraccia, domani urla per la stessa cosa che ieri andava bene. Questa imprevedibilità porta il bambino a vivere in uno stato di allerta costante. Non sa mai cosa aspettarsi, quale versione del genitore troverà. Il risultato? L'80-90% dei bambini maltrattati sviluppa un attaccamento disorganizzato, contro il 15% della popolazione generale.

INVISCHIAMENTO

Confini così sfumati da impedire lo sviluppo di un'identità autonoma. “Siamo così uniti che pensiamo le stesse cose”, “Io e mia madre siamo come sorelle”, “Non abbiamo segreti l'uno per l'altro.” Può sembrare amore, vicinanza, complicità. In realtà è un impedimento alla separazione, al riconoscimento della propria individualità e al diritto di avere pensieri e desideri diversi.

DARE UN NOME ALLA SOFFERENZA

Forse leggendo questo articolo ti stai chiedendo se hai il “diritto” di dare un nome al tuo disagio, anche senza un evento traumatico specifico da raccontare.

La risposta è sì.

L'accumulo conta quanto l'intensità e la trascuratezza è reale quanto l'abuso.

Non servono cicatrici fisiche per avere cicatrici psicologiche.

La buona notizia? **I microtraumi si possono elaborare.**

Con il giusto supporto terapeutico si possono rielaborare i pattern disfunzionali, sviluppare regolazione emotiva, costruire relazioni sane.

E forse, finalmente, potrai smettere di sentirti in colpa per star male “senza motivo”.

Di credere che la tua sensibilità sia un difetto, che la tua difficoltà a fidarti sia paranoia, che il tuo bisogno di controllo sia solo ansia. Erano tutte risposte razionali a un ambiente irrazionale.

Ora hai gli strumenti per capirlo.

FONTE
• Sullivan, P.F. et al. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression. Am J Psychiatry.
• Caspi, A. et al. (2003). Influence of Life Stress on Depression. Science.
• Felitti, V.J. et al. (1998). Childhood Abuse and Household Dysfunction. Am J Prev Med.
• https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(98)00017-8/fulltext (2024).
• Teicher, M.H. & Samson, J.A. (2016). Neurobiological effects of childhood abuse. J Child Psychol Psychiatry.
• Hendrix et al. (2020). Maternal childhood adversity and neonatal brain connectivity. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging.
• Cloitre, M. et al. (2009). Childhood cumulative trauma and complex PTSD. J Trauma Stress.
• Stoltenberg, M. et al. (2012). The neglect of child neglect. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.
• Church, C. et al. (2017). Childhood trauma and minimization. Front Psychol.
• Daniotis, J.K. et al. (2023). Parentification: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health.
• Cyr, C. et al. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating families. Dev Psychopathol.
• Musser, N. et al. (2018). A systematic review of negative parenting practices predicting borderline personality disorder. Clinical Psychology Review, 65:1-16.