

## “ Molteplici diagnosi, una sola persona: Elenoire, un caso complesso di comorbidità tra più disturbi ”

Giulia Pelosi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Psicoterapia Cognitiva

### **Riassunto**

Viene presentato il caso clinico di una giovane donna con una storia di traumi di tipo relazionali caratterizzati da trascuratezza emotiva, abbandoni e accudimenti mancati, e traumi legati invece ad episodi di abusi sessuali subiti durante l'infanzia e l'adolescenza.

Il caso rappresenta un caso complesso di comorbidità tra più disturbi, nello specifico Disturbo di Panico, Disturbo Ossessivo Compulsivo e Disturbo Borderline. Vengono descritti gli stati mentali problematici prevalenti, i cicli interpersonali disfunzionali, gli evitamenti e le memorie traumatiche non elaborate. Il trattamento proposto integra all'interno di una cornice cognitivo comportamentale elementi della Terapia Metacognitiva Interpersonale, tecniche Mindfulness per la riduzione dello stress ed il potenziamento di risorse somatiche, il protocollo EMDR ed elementi della Schema Therapy.

**Parole chiave:** *Disturbo di Panico, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Disturbo Borderline, Trauma*

### **Summary**

The clinical case of a young woman is presented with a series of relational traumas characterized by emotional neglect, neglect and traumas related to sexual abuses suffered during childhood and adolescence.

The case describes a complex case of comorbidity between multiple disorders, in particular Panic Disorder, Obsessive Compulsive Disorder and Borderline Disorder. The prevalent problematic states of mind, dysfunctional interpersonal cycles, avoidances and unprocessed traumatic memories are described inside. The treatment integrates within a cognitive behavioral framework elements of Interpersonal Metacognitive Therapy, Mindfulness techniques and the enhancement of somatic resources, the EMDR protocol and elements of the Schema Therapy.

**Key Words:** *Panic Disorder, Obsessive Compulsive Disorder and Borderline Disorder, Trauma*

## **PRESENTAZIONE DEL CASO**

Elenoire ha 36 anni, è diventata mamma del suo primo figlio da soli 3 mesi, vive a Roma da 1 anno con il suo compagno, conosciuto 3 anni fa.

Lavora come impiegata per una società telefonica, attualmente è in maternità.

Nasce in Olanda, ma ha origini pugliesi, i genitori attualmente vivono in Sardegna, ha una sorella

Giulia Pelosi, *Molteplici diagnosi, una sola persona: Elenoire, un caso complesso di comorbidità tra più disturbi*, N. 24, 2019, pp.130-149

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

maggiore più grande di 1 anno e mezzo che vive al nord Italia con la quale ha un buon rapporto ma che sente e vede molto poco.

Si presenta al primo appuntamento in ritardo avvisandomi via messaggio scusandosi diverse volte. Elenoire appare come una donna di bella presenza, curata nell'aspetto, è orientata, presenta un buon eloquio, a tratti ansioso e usa un linguaggio istruito. Durante il colloquio gesticola molto, il suo corpo comunica agitazione ed inquietudine. Tende a raccontarmi in modo molto veloce i vari motivi che precedono la richiesta, fornendomi un elenco dettagliato ma a tratti caotico di tutte le situazioni recenti che le creano sofferenza in cui si percepisce "*bisognosa di un aiuto imminente*". La paziente arriva a chiedere un consulto autonomamente; la seguo presso il mio studio privato. Non ha mai eseguito altri percorsi psicoterapeutici.

### **DESCRIZIONE DEL PROBLEMA**

La pz mi racconta che subito dopo la nascita del figlio (nato con parto cesareo tre mesi fa) ha sofferto di depressione post partum (probabile baby blues), riportando un forte stato ansioso, stanchezza cronica, vulnerabilità al pianto ed irritabilità, per la quale il medico di base le ha prescritto lo xanax in gocce, 10 al dì, che assume tuttora da circa due mesi e mezzo.

E. aggiunge che da quando ha partorito non riesce più a guidare da sola soprattutto se ha il figlio in macchina con lei, la paura è quella di perdere il controllo del mezzo, di andare nel panico, di arrecare danno al bambino e a terzi, per cui guida solo nelle vicinanze della sua abitazione, in strade a lei note e poco trafficate e solo se accompagnata dal suo compagno, anche se ultimamente, sostiene di essere a disagio a guidare con lui perché si sente giudicata.

E. afferma di essere spaventata in generale da tutte le novità, dai cambiamenti di vita e tende a tenere tutto sotto controllo, a fare molti programmi, schemi ed elenchi e se questi non vanno secondo le sue aspettative si arrabbia e si critica moltissimo. Di recente le situazioni che le provocano disagio e forte ansia sono:

- non riuscire a pulire casa come si era prefissata,
- paura di uscire da sola ed essere violentata o borseggiata,
- paura di lasciare il figlio a casa con il papà, lasciare il figlio con la suocera,
- prendere l'autobus, metropolitana, andare in macchina seduta accanto al guidatore, guidare con il figlio in macchina, guidare da sola (evitamento totale), prendere aerei.

La sintomatologia ansiosa, che gli si presenta con sintomi quali vertigini, tremori, tachicardia e fame d'aria, sembra apparire o meglio peggiorare drasticamente a seguito di un evento che risale ad un anno fa in cui la paziente ha il suo primo attacco di panico.

In questo episodio mentre era in macchina con delle amiche in autostrada realizza che sta di nuovo per lasciare la città in cui vive (la pz aveva sperimentato lo stesso stravolgimento di vita anni prima in cui lascia la Sicilia per trasferirsi a Bologna, ma questo cambiamento fu vissuto come una vera liberazione e momento di rinascita). In questa scena invece, immagina di lasciare la città, la sua casa, i suoi inquilini, gli amici, le sue abitudini per trasferirsi definitivamente a Roma dal fidanzato e ricominciare tutto da capo. In quel frangente si attiva tutta la componente somatica panica e inizia a pensare e ad immaginare che sta per avere un infarto, sta per morire e che perderà il controllo del veicolo provocando un incidente a lei, alle sue amiche e altre persone rovinando così la vita di tutti, per cui inchioda, si accosta in autostrada scende e chiede ad un'amica di guidare

perché non si sente bene.

Da quel momento in poi, le poche volte che per necessità estrema, ha dovuto riguidare da sola sperimenta sempre lo stesso stato ansioso caratterizzato da tremori molto forti, battito accelerato e senso di soffocamento percependosi come una persona priva di controllo sul mezzo, capace di provocare un danno irreparabile alla vita di suo figlio, e a quella di altre persone.

Quando torna a casa da inizio ad un rimuginio incentrato su feroci autoaccuse, disprezzo e rabbia per se stessa, valutazioni negative di incapacità e di inadeguatezza come madre in quanto *“se mio figlio avesse bisogno di cure io non riesco nemmeno a portarlo in ospedale”* e un secondario di tristezza in cui si percepisce senza speranze.

La paziente aggiunge che fin da giovanissima aveva la tendenza a controllare, a ripetere lo stesso atto come contare, o lavarsi, ed è sempre stata molto attenta alla cura del corpo in modo particolare all'igiene: *“Da piccola mi lavavo 4/5 volte al giorno tutto il corpo, le mani tipo 20 volte...ho avuto diversi problemi alla pelle curati in seguito dal dermatologo”* ... *“Dopo la cura ho ridotto i lavaggi anche se, ancora oggi, mi lavo molto spesso le mani...ogni volta che fumo ad esempio perché non voglio toccare il bambino con le mani che odorano di sigaretta”* aggiunge... *“a volte ho il dubbio di non aver lavato bene il bambino e avrei voglia di pulirlo e lavarlo meglio ancora ma cerco di trattenermi, mi distraigo e vado a pulire casa”*.. e ancora *“tendo a controllarlo molto, in che posizione si è messo, se dorme, se respira... lo sposto spesso, sono ossessionata che possa succedergli qualcosa per colpa mia!”*

La paziente non ha mai fatto e non fa uso di sostanze stupefacenti, non beve alcool se non in compagnia o per piacere, fuma molte sigarette. Segue spesso diete e controlla il peso, in modo particolare in questi tre mesi da quando ha partorito, per perdere il peso preso in gravidanza.

Attualmente ha perso 6 kg dei 12 presi e si ritiene soddisfatta ma non del tutto perché dovrebbe seguire la dieta con maggior rigore e fare molto più esercizio fisico.

In questo momento di vita non svolge particolari hobby e non coltiva interessi (va in palestra quando può) in quanto completamente assorbita dalla maternità e dal sistemare la casa. A breve dovrà rientrare a lavoro e le preoccupa molto l'idea della casa in disordine e sporca, sia per un discorso di possibile contaminazione per il bimbo che sta a casa, che per un discorso di valore personale perché *“non è bello essere disordinati e disorganizzati.”*

In un secondo colloquio emerge che E. in passato ha pensato seriamente due volte al suicidio in vita sua ma che non l'ha mai tentato né si è procurata il materiale per farlo, una volta pensando di bere della candeggina e un'altra volta pensando di buttarsi dal balcone, in entrambe le occasioni si erano concluse bruscamente delle relazioni sentimentali. Ad oggi non riporta alcuna ideazione suicidaria.

Quando Elenoire è molto preoccupata, le capita di darsi dei pizzichi molto forti sul braccio da lasciarsi dei segni o farsi uscire il sangue. Questo fatto è accaduto solo due volte nell'ultimo anno, e non ne è a conoscenza nemmeno il compagno, in quanto tende a nasconderli dagli indumenti e a farli in punti interni del braccio che possono sfuggire alla vista altrui. Queste strategie di coping che mette in atto sembrano servirle ad abbassare l'ansia e a modulare la tensione, ma ne conseguono poi valutazioni personali negative di critica sprezzante su di sé. Si giudica sbagliata, difettosa, non all'altezza delle situazioni: *“dentro di me c'è qualcosa che non funziona bene”*.

Dal punto di vista relazionale, in ambito lavorativo, riporta frequenti episodi di rabbia incontrollabile a seguito dell'essere ripresa dal capo. La reazione nell'immediato è quella di

irritarsi, provare calore in faccia e di irrigidirsi nel corpo ma di rispondere in modo passivo, per poi avere una reazione esplosiva da sola a casa o in macchina, in cui urla, piange, insulta e lancia oggetti.

Elenoire afferma di avere spesso l'impressione che gli altri possono approfittare di lei e di sentirsi in genere poco vicina alle altre persone, ha paura di essere soggiogata e mostra scarsa fiducia nel prossimo per cui è sempre in uno stato di vigilanza volta a proteggerla da future possibili minacce. Ritiene che spesso le persone la deludono e non sono affidabili sul piano affettivo.

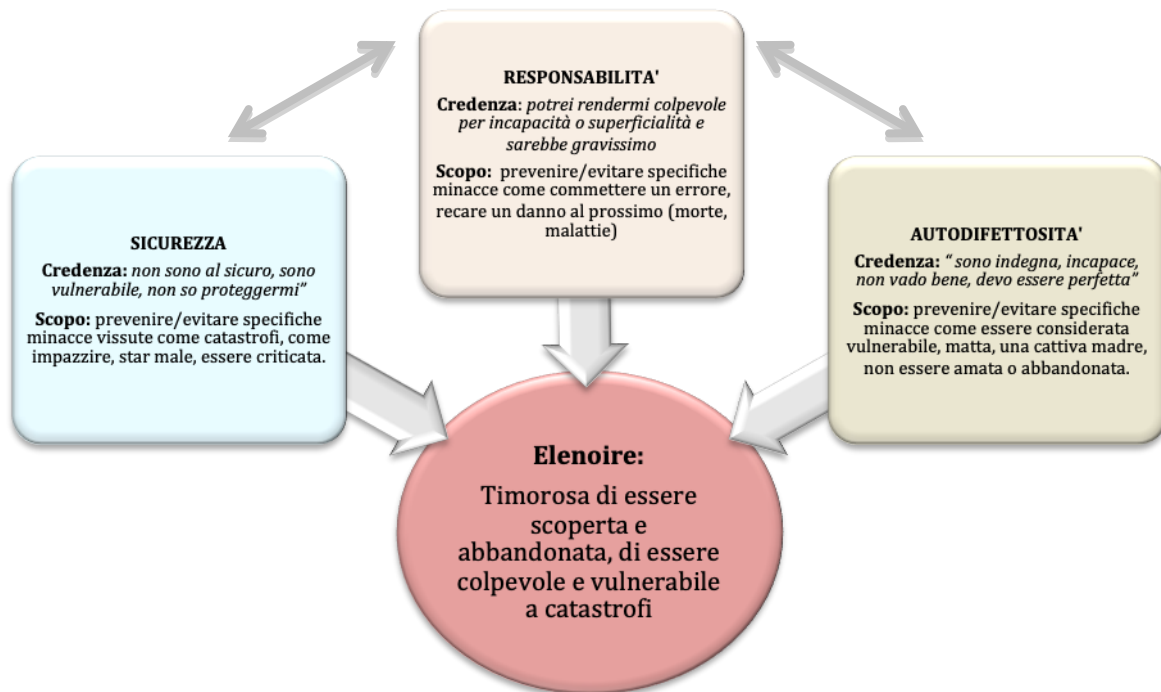
Anche nell'ambito sentimentale avvengono spesso liti e discussioni con il compagno sulla gestione del figlio (pappe, orari, cure) o sul non percepirsi abbastanza amata e ascoltata nei suoi bisogni.

A seguito di queste ripetute situazioni in cui sperimenta forte rabbia e reagisce in modo da lei stessa valutato disregolato ed eccessivo, prova un forte senso di colpa e di disvalore personale, con conseguente timore che possa essere infine abbandonata da lui.

Nei colloqui successivi per descrivermi il suo stato d'animo rabbioso Elenoire usa le parole *“sono arrabbiata con il mondo intero per le ingiustizie subite”* raccontandomi con sguardo basso e lacrime agli occhi, numerosi eventi ed episodi familiari traumatizzanti, sia traumi con “T” maiuscola di ripetuti abusi sessuali, che con la “t” minuscola caratterizzati da traumi di omissione e trascuratezza (che meglio descriverò nella vulnerabilità storica) che spiegano ad oggi l'intensa rabbia e sfiducia che sperimenta anche nei confronti di cose molto piccole dove lei però tende a leggerci comunque un torto personale.

#### **PROFILO INTERNO**

In questa descrizione appena fatta si fa l'ipotesi che alcune specifiche credenze e scopi siano alla base dei sintomi presentati. Le credenze di Elenoire si influenzano e interagiscono tra di loro e potrebbero suddividersi in aree specifiche: quelle relative ad uno stato di sicurezza (sintomi panicosi), quelle relative all'area della responsabilità (sintomi ossessivi compulsivi) e quelle relative all'area dell'autodifettosità (sintomi DBP):



Si ipotizzano due nuclei centrali rappresentativi del sé:

- **Sé vulnerabile**, la pz si percepisce facilmente preda, facilmente esposta senza capacità di proteggersi ed essere così facilmente ferita ed annientata. Questa parte del sé fa emergere in Elenoire ripetuti stati mentali di "minaccia", percepita sia come un pericolo interno (ansia/attacchi di panico); che come un pericolo esterno (aggressioni fisiche, catastrofi) , e lo "stato mentale di accudimento mancato/solitudine" caratterizzato emotivamente da rabbia: *"Non è giusto, nessuno ha mai pensato a me! Nessuno mi ha mai protetta!"*
- **Sé indegno**, dove percepisce che c'è in lei qualcosa di sbagliato, di folle, di rotto. Il sé indegno fa emergere in Elenoire lo stato mentale autoinvalidante in cui si autocritica in modo spietato e si percepisce come un soggetto non agente, quello di colpa e danno arrecato in cui si sente colpevole, non capace e prossima a compiere un errore e quello di rabbia per ingiustizia subita in cui si sente insofferente, frustrata e non capita.

L'altro è sempre rappresentato come critico, umiliante e può abbandonare.

Una delle conseguenze patogene di questa parte del sé è costituita proprio da una sorta di perfezionismo difensivo che la paziente sembra aver assunto per coprire il suo senso di indegnità, transitando nella motivazione del rango sociale: *"Se sono perfetta mi accetterà e forse mi ammirerà"*. Dato che qualunque difetto, fallimento o mancanza possono essere assunti come prova della propria indegnità, il modo migliore per non sentirsi tale è proprio quello di assumere un atteggiamento perfezionistico.

Il motivo dominante che sembra apparentemente spingere la paziente alla richiesta d'aiuto è un disturbo d'ansia di tipo panico, che non le permette di avere autonomia ed indipendenza *"non posso vivere così, devo tornare a guidare il prima possibile!!"* e le rimanda un senso di sé negativo ed inetto sul quale si deprime. La condizione che riporta però subito dopo in prima seduta appare quella tipica del DOC, nello specifico sintomatologia contaminazione e compulsioni di lavaggio,

anche se a detta della paziente sembrano ridotte rispetto all'adolescenza, e sintomatologia danno e compulsioni di controllo. Inoltre, nella paziente è presente la difficoltà a regolarsi emotivamente tipica del Disturbo Borderline, sia per l'elevata sensibilità agli stimoli emotivi che per l'alta intensità reattiva e il lento ritorno al tono emotivo di base. Elenoire vive con l'aspettativa che gli altri intenzionalmente la possono manipolare, umiliare ed infine approfittare di lei, tipico della persona che ha subito un'abuso e che è stata trattata in modo ingiusto e severo. In questo caso dunque l'ipotesi è la comorbilità di più disturbi, inquadrabili diagnosticamente come DAP, DBP e DOC.

La sintomatologia borderline della paziente sembra alimentare il senso di colpa e anche quell'indegnità morale che è alla base anche del DOC.

La sintomatologia ossessiva invece sembra contribuire nel farla oscillare dal percepirsi vittima e poi carnefice. In qualche modo, la parte ossessiva della paziente sembra quasi essere una strategia di coping disfunzionale che le ha permesso nel breve termine, di tenere sotto chiave il disturbo Borderline, il quale si fonda invece sui temi centrali nucleari di indegnità e non amabilità, che costituiscono tutt'oggi non solo l'elevata sofferenza e vulnerabilità della paziente, ma l'impedimento stesso della riduzione dei sintomi ansiosi e ossessivi.

### **FUNZIONI METACOGNITIVE**

Dalle informazioni raccolte la paziente sembra essere in grado di identificare gli stati mentali e di contestualizzarli (**monitoraggio**), presenta però una fusione pensiero-azione tendendo a considerare i pensieri come dati di realtà, non riconosce il proprio pensiero come ipotetico e soggettivo (**difficoltà a differenziazione**). Presenta **deficit di integrazione** di primo livello con oscillazioni opposte tutte positive o tutte negative delle rappresentazioni di sé e dell'oggetto (idealizzazione/svalutazione) e di 4 livello (Semerari, Di Maggio) dove non esiste alle volte gerarchizzazione delle narrazioni, non capendo l'urgenza tra gli eventi.

Risulta scarsa anche la funzione metacognitiva del **decentramento**, Elenoire infatti fatica a ragionare mettendosi nei panni dell'altro, tenendo conto di pensieri, emozioni, criteri, scopi e valori diversi dai propri, ossia ragionando sulla mente dell'altro a prescindere dal proprio coinvolgimento nella relazione.

La paziente presenta strategie di **mastery di primo livello** ed **ridotto senso di agentività**. Sembra infatti che Elenoire non sia in grado di regolare le proprie scelte e di padroneggiare gli stati mentali di sofferenza. Le strategie messe in atto sono comportamentali oppure riguardano richieste di aiuto nelle relazioni interpersonali (ciclo con il compagno).

Nel corso dei primi colloqui è stato possibile ricostruire il funzionamento interno della pz e

condividerlo con lei in seguito. Scelgo di portare degli esempi di ABC in cui la stessa situazione attivante "A" produce diversi B e C, rappresentativi dei diversi problemi presentati dalla paziente:

ABC (Ansia preventiva/Timore di Panico)

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
<b>Pensiero di uscire a prendere delle medicine in farmaci</b>	<p><i>“Oddio sono in ansia, ho il cuore in gola, mi sentirò male!!</i></p> <p><i>“Potrebbe venirmi un attacco di panico!</i></p>	<p><b>Ansia</b>                      Attenzione selettiva (tachicardia, respiro corto)                      comp. protettivi quali assumere xanax, acqua, chiedere al compagno di accompagnarla)                      Evitamento</p>
<b>C=A”</b>	<b>B”</b>	<b>C”</b>
	<p><i>“Mi sento dipendente dall’altro, non sono autonoma, non so fare cose che tutti sanno fare!</i></p> <p><i>Sono una debole!</i></p>	<p><b>Ansia ++</b></p> <p><b>Tristezza autosvalutativa</b></p>

ABC (DOC)

<p><b>A</b></p> <p><b>Pensiero di uscire a prendere delle medicine in farmacia</b></p>
<p><b>Prima valutazione</b></p> <p><i>“Oddio e se faccio un incidente?                      E se faccio del male a mio figlio o qualcun’altro?</i></p>
<p><b>Tentativi di soluzione 1</b></p> <p><b>Ansia</b>, Attenzione selettiva del corpo,                      Comp. protettivi(assumere xanax, acqua, accendere e spegnere la macchina, controllare i freni,</p>

chiedere al compagno di uscire prima dal lavoro per accompagnarla)
<p style="text-align: center;"><b>Seconda valutazione</b></p> <p style="text-align: center;"><i>“Non è normale che non riesco a fare una cosa così semplice! C’è qualcosa che non va nella mia testa!!! Impazzirò, mi rovinerò la vita... Per colpa mia rovinerò anche quella di mio figlio e del mio compagno</i></p>
<p style="text-align: center;"><b>Tentativi di soluzione 2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Colpa</b></p> <p style="text-align: center;">Condotte che la paziente mette in atto per contenere l’attività ossessiva, con l’effetto paradossale del più di prima (più controlli, ruminazioni ed evitamento )</p>

ABC (DBP)

A	B	C
<p><b>La stessa situazione con le stesse reazioni emotive e cognitive</b></p> <p><b>Tentativi di soluzione rispetto alla minacce riportate nel caso DAP e DOC</b></p>	<p><i>“Si accorgerà della mia mente distorta, mi reputerà una cattiva madre, penserà di me che sono una persona incapace di badare a me stessa e agli altri, mi abbandonerà!!!”</i></p> <p><i>(immagini di lei bambina cattiva e abbandonata)</i></p>	<p><b>Paura</b> (critiche, umiliazioni e abbandono)</p> <p><b>Comportamento:</b> minimizza il problema e cerca di nascondere gli stati emotivi</p>

Un altro esempio di ABC (DBP)

A	B	C



<p><b>A casa da sola con il compagno, chiama la suocera al telefono per parlare con lui</b></p>	<p><b>“Lo fa apposta!</b>  <i>Ora mi rovina la giornata!</i>  <b>Fa di tutto per togliermi del tempo per stare con lui! Lui non capisce, io così non mi sento amata, ho rinunciato a tutto per stare con lui...</b>  <i>Non avrei dovuto fidarmi di lui...mi ha rovinato la vita, sono insoddisfatta della mia vita!”</i></p>	<p><b>Rabbia</b>          verso la suocera e verso il compagno          Irritazione, calore in viso, battito accelerato  <u>Comportamento:</u>          Litiga appena attacca, gli urla cose offensive e lancia oggetti.          Poi scoppia a Piangere</p>
<p><b>C=A’’</b></p>	<p><b>B’’</b></p>	<p><b>C’’</b></p>
<p><b>Ripenso alle parole che gli ho detto</b></p>	<p><b>“Ho davvero esagerato!!</b>  <b>Ho perso il controllo...</b>  <i>Sono una squilibrata...una pazza!!</i>  <b>Prima o poi si stancherà di me e mi lascerà da sola!!”</b></p>	<p><b>Paura</b>          (critiche, umiliazioni e abbandono)  <b>Comportamento:</b> minimizza il problema e cerca di nascondere gli stati emotivi</p>

## SCOMPENSO

Nel corso dell'ultimo anno sono accaduti una serie di eventi in successione che possono considerarsi fattori scompensanti che hanno aggravato e attivato la sintomatologia ossessiva e ansiosa.

In ordine temporale:

- **Ruolo materno**, la pz è diventata mamma da soli 3 mesi, aumento delle responsabilità, sentimento di solitudine, **timore di colpa**, forte **ansia**, **paura di fare errori**, **di recare un danno per mancanza**, **distrazione o omissione**.
- **Gravidanza e nascita del figlio** cambiamenti fisiologici, squilibrio ormonale (problemi tiroidei) e psicologico nella percezione corporea. Aumento del **disagio**, **senso di insicurezza e inadeguatezza come donna**, **richieste di attenzioni e rassicurazioni** al compagno, bisogno continuo di vicinanza e dimostrazioni d'affetto e amore.
- **Convivenza** con il compagno (prima si vedevano solo il fine settimana) **paura di essere scoperta nella sua indegnità**, **aumento ossessioni** riguardo cura della casa, faccende domestiche, perdere peso, cure estetiche, evitare possibili errori.

- **Trasferimento in un'altra città:** cambio di lavoro, casa, e rete amicale, per cui, l'evento rappresenta la perdita di quasi tutti i punti di riferimento fino ad ora consolidati portando la paziente a sperimentare **forte ansia, e senso di solitudine**.

Altri scompensi dal punto di vista emotivo si possono far risalire alla morte dello zio paterno (zio che nonostante abusasse di lei e di sua sorella all'epoca dell'infanzia, lascia in Elenoire un senso di dispiacere pur essendo consapevole del dolore che le ha provocato, la paziente oscilla dal dispiacere al senso di liberazione) e la morte della nonna paterna, madre di questo zio abusante, vista come una persona molto crudele, violenta ed ingiusta.

Questi due eventi fanno riaffiorare in Elenoire ricordi di ingiustizie legati alla sua infanzia, vissuta s con la paura di essere colpevole di qualcosa e non degna di amore, aumentando in lei la rabbia per non esser mai stata vista nei suoi bisogni, protetta ed aiutata dai suoi genitori.

## FATTORI DI MANTENIMENTO

- **Attenzione selettiva:** attenzione continua ai segnali (esteriori ed interiori) corporei di attivazione collegati alle palpitazioni, al respiro corto, aumentano i livelli di ansia e di attivazione stessa fungendo da trigger per i sintomi ansiosi. A causa dell'attenzione costante al giudizio degli altri la paziente valuta selettivamente le informazioni relazionali, interpretandole alla luce di una critica costante, impedendogli di comprendere realmente cosa pensano gli altri di lei, non solo, la stanchezza ed il logoramento causati da quest'attenzione alle mosse dell'altro per difendersi o aggredire in anticipo producono in lei forte stress, aumentando la probabilità di sviluppare patologie fisiche e/o psicosomatiche.
- **Mancata capacità di comunicare assertivamente** un suo bisogno e desiderio, sostiene le reazioni comportamentali di evitamento/non esposizione mantenendo l'ansia, la rabbia e un senso di solitudine. Lo stile comunicativo passivo-aggressivo mantiene nella paziente un sentimento di frustrazione nel non riuscire a vedere mai rispettati i propri punti di vista e mai realizzati i suoi desideri, producendo un abbassamento dell'autostima e dell'autoefficacia personale con conseguente senso di impotenza.
- **“Ragionamento emozionale”** stesso “Se sono in ansia, ci deve essere un pericolo” ha un ruolo cruciale non solo nello sviluppo ma nel mantenimento del disturbo d'ansia.
- **Problema secondario**, mantiene la valutazione negativa su di sé, sui propri stati interni e sui propri comportamenti. Elenoire, infatti, si critica molto per le sue reazioni di ansia e di rabbia, e, la critica le conferma e aumenta il timore di non essere “capace”, “all'altezza” e che gli altri siano facilmente critici e rifiutanti.
- **Ruminazione:** la paziente presenta due tipi di **Worry**, quello di **tipo I**, costituito da una serie di pensieri ed immagini mentali connotate emotivamente in senso negativo che percepisce come relativamente incontrollabili (sintomi fisici o eventi esterni), e quello di **tipo II** costituito da valutazioni positive sulla necessità/opportunità di rimuginare “ *Tenere a mente tutte queste preoccupazioni mi aiuta a fronteggiare meglio il problema*” e da

valutazioni negative sulla dannosità fisica, sociale e psicologica del worry stesso “*Se continuo a preoccuparmi così tanto finirò per diventare pazza, il mio compagno mi lascerà, potrei commettere gesti orrendi e recare un danno irreversibile*”.

- **Perfezionismo:** il coping perfezionistico pone mete ad alto standard in svariati campi e scopi della paziente, dalla cura estetica alla performance in ambito lavorativo, proteggendo inizialmente Elenoire da critiche anticipatorie, ma, alla prima messa in discussione che la perfezione sia stata raggiunta la porta ad un crollo dell'autostima e all'emergere di autoaccuse che riattivano il perfezionismo in un circolo vizioso che si autoalimenta. Oltre ai costi altissimi e al timore costante di commettere errori questo atteggiamento va a confermare il fatto che non si è amabili per quello che si è, ma soltanto se ci si comporta ed agisce in maniera perfetta.
- **Comportamenti protettivi** e gli **evitamenti** che mette in atto tendono ad inficiare il proprio senso di autostima e fiducia in se stessa. Gli **evitamenti** rendono improbabile l'acquisizione di competenze sociali, implicando costose rinunce in termini di isolamento, realizzazione personale e dunque depressione secondaria. La **rassicurazione** invece, impedisce la disconferma delle credenze disfunzionali della paziente sulle conseguenze temute e sulla propria adeguatezza nel poterle affrontare.
- **Ciclo interpersonale con il partner:** il compagno sembra aver adottato un atteggiamento che oscilla tra l'essere compiacente ed accomodante all'essere critico. Questo atteggiamento da un lato, attenua i costi dell'attività ossessiva rendendola in qualche modo più tollerabile e meno evidente agli occhi della paziente, dall'altro, invece, essendo il compagno stanco e stressato dalle richieste continue, la critica per le sue “*eccessive ed insensate preoccupazioni*”. Elenoire di fronte all'atteggiamento giudicante sperimenta intensa rabbia e a sua volta risponde con ira ed aggressività per poi sentirsi in colpa e moralmente disprezzabile, mantenendo così un'immagine negativa di sé.

## VULNERABILITA' STORICA

Indagando la storia di vita e delle relazioni significative emerge che l'ambiente familiare in cui è cresciuta Elenoire è sempre stato un ambiente invalidante, che non le ha mai offerto la possibilità di regolare le proprie emozioni in modo efficace, non le ha insegnato a classificare le esperienze interne e a comunicare la propria sofferenza. La paziente ha, di fatto, imparato così ad oscillare tra inibizione e disregolazione di emozioni estreme. Numerose sono le situazioni di rifiuto e di neglect nella qualità dell'accudimento.

Nasce in Olanda, dove i genitori si erano trasferiti già da qualche anno lasciando la Sardegna al fine di trovare lavoro nel ristorante di proprietà della zia, sorella paterna. Vive con la madre, il padre e la sorella maggiore fino alla fine dell'asilo. Ha buoni ricordi con la sua famiglia legati a questo periodo, le piaceva vivere lì anche se ricorda delle maestre d'asilo molto severe. Solo occasionalmente tornavano in Sardegna per le feste Natalizie e non avendo una casa loro pernottavano dalla nonna paterna.

La figura della nonna ricopre un ruolo cruciale nello sviluppo di quasi tutte le credenze patogene della paziente, una figura descritta come violenta, maligna e punitiva. Ricorda che la offendeva

sempre usando un tono sprezzante, le faceva svolgere molte mansioni domestiche, e che aveva un pessimo rapporto con la madre, un rapporto di odio viscerale *“perché le aveva tolto il figlio prediletto”*. Elenoire riporta molti episodi traumatici in cui la nonna picchia la madre, uno in particolare in assenza del padre, in cui la spinge per le scale per poi prenderla a calci e pugni.

Nel rievocare il ricordo la paziente si attiva moltissimo in seduta, e mi racconta con voce strozzata, l'immagine terrificante del viso della mamma sporco di sangue e lei che glielo pulisce perché la mamma si vergognava ad uscire di casa così *“non era bello farsi vedere in paese così ridotta”*.

La madre sembra non essersi mai ribellata a tali aggressioni, subendo ogni tipo di attacco come se fosse un suo “dovere” subire. Il padre viene descritto come anaffettivo, assente e distante nei momenti di bisogno.

Un anno, alla fine delle vacanze estive i genitori ripartono per l'Olanda, questa volta da soli, senza portare con loro le figlie perché troppo impegnati in lavori faticosi e a lungo orario per cui non ci sarebbe stato nessuno che poteva badare a loro. Elenoire e la sorella, a loro insaputa, vengono lasciate a casa della nonna. La paziente ha soli 6 anni e percepisce questo gesto come un vero abbandono dei genitori. Da quel momento inizia per lei e la sorella un calvario costellato da ripetuti episodi di abuso sessuale da parte di uno zio (fratello del padre) considerato *“il matto del paese”* alcolizzato, che non lavorava e viveva a casa con la madre. L'abusante la toccava e si faceva toccare le parti intime e le chiedeva rapporti orali che la paziente doveva fare a lui. Tutto questo durò per anni, fino ai suoi 13 anni. Nei confronti di questa figura Elenoire sente di provare sentimenti opposti, del genere *“lo odio con tutta me stessa, ma mi fa anche pena”*.

Secondo la paziente la nonna, consapevole, delle problematiche di questo figlio e al corrente dei suoi vizi, non faceva nulla per tenerlo distante o sotto controllo, anzi, la paziente racconta che non perdeva occasione per terrorizzarla ed incutere in lei senso di colpa, urlandole: *“Non hai capito che non ti vuole nessuno!”, “E' colpa tua se i tuoi ti hanno lasciata qui... tu sei una monella, non sei una brava bambina!”*. Queste parole favorirono in Elenoire la forte consapevolezza che non solo era inaiutabile ed incompresa, ma la sensazione che in qualche modo fosse lei quella sbagliata. Molti sono i momenti di profonda tristezza e difficoltà in cui *“dovevo consolarmi da sola”*.

Emerge dalle sue memorie un rapporto passato molto bello e stretto con la sorella, di mutuo-aiuto anche se il più delle volte sentiva il dovere di proteggerla perché percepita *“troppo debole”*.

Hanno frequentato la scuola insieme fin dall'asilo, nonostante avessero un anno e mezzo di differenza sono state sempre inserite all'interno della stessa classe. In ambito scolastico la paziente ha sempre avuto buoni risultati, anche se ha subito il paragone con la sorella che rispetto a lei era considerata dalle maestre bravissima e sostenevano che al contrario Elenoire non si impegnasse abbastanza.

Dall'infanzia all'adolescenza (dai 6-7 ai 13 anni), inizia la serie dei frequenti lavaggi delle mani e del corpo, che le provocano irritazioni e problemi cutanei. Le compulsioni diminuiscono notevolmente solo dopo i 12 anni a seguito di una visita dermatologica ( in questo periodo lo zio smette anche di abusare di lei).

Si iscrive al liceo e si fida per la prima volta. La relazione è descritta come sana, caratterizzata da un periodo bello, in cui si sente più libera e inizia a stare più tempo possibile fuori casa, la mattina va a scuola, il pomeriggio a studiare a casa delle amiche. Ha una rete amicale piccola, fatta di amici conosciuti al liceo, ma con nessuno si sente di aprirsi.

Degli abusi i genitori non sapranno nulla fino ai suoi 20 anni, anno in cui i suoi fanno ritorno definitivo in Sardegna. La pz finalmente decide di liberarsi di questo peso e insieme alla sorella raccontano ingiustizie e abusi subiti negli anni della loro assenza.

Solo la madre ha una reazione fisica di odio contro la nonna e lo zio, per poi però far cadere la cosa in un dimenticatoio, sprofondando nell'omertà totale, tant'è, che salvo non essersi parlati per qualche settimana, continueranno a vivere sotto lo stesso tetto e a sedersi a tavola pranzo e cena con loro. Questo sarà l'episodio in assoluto più doloroso di Elenoire, episodio che tutt'ora tormenta la paziente, di più dell'esser stata abusata. Il **trauma di omissione** provocò il danno sul danno, distruggendo ulteriormente la fiducia nel prossimo già precaria date le vicende pregresse. Da quel momento la paziente percepisce tutto il senso di solitudine di una vita e l'incapacità dei genitori di proteggerla, e di conseguenza, di amarla, provando per sempre nei loro confronti fortissima rabbia.

In quello stesso anno decide di lasciare definitivamente la Sardegna e si trasferisce a Padova, dove inizierà una nuova vita, nuovi interessi, nuove amicizie cercando di lasciarsi alle spalle il passato.

Ha due storie importanti, una di 4 anni ed una di 6, entrambe alla fine concluse in modo brusco in cui Elenoire viene lasciata perché *“troppo impegnativa e problematica”*. Nessuno dei due fidanzati sembra essersi preso la responsabilità di andare avanti in un progetto matrimoniale. La paziente vive la conclusione delle storie come ennesimi “abbandoni”, trascorrendo giorni di tristezza profonda in cui pensa al suicidio senza però mai tentarlo. A nessuno dei due ha mai raccontato la storia degli abusi.

Si riprende da quest'ultima crisi, decidendo di non voler stare con nessuno per un po' di tempo, distraendosi in un nuovo progetto grazie ad un ruolo nuovo che ricopre a lavoro, quello di responsabile di un'agenzia telefonica. Esce spesso con gli amici, fa sport, svolge una regolare vita sociale in cui si percepisce autonoma e spensierata.

Un anno dopo conoscerà al matrimonio di un'amica l'attuale compagno con il quale inizia una relazione a distanza in quanto lui vive a Roma. Del compagno le piace *“la semplicità con cui fa le cose, sembrano riuscirgli sempre bene senza fatica”*. Lo descrive sensibile ed intelligente, anche se non si sente sempre capita e protetta (in modo particolare economicamente) e spesso denuncia mancanza di attenzioni da parte sua. A lui ha confidato il suo passato, raccontando degli abusi domestici. La reazione del compagno sembra esser stata empatica ed accogliente.

---

## TRATTAMENTO

La terapia ha inizio a gennaio 2019 con cadenza settimanale, tranne per il mese di marzo in cui per problemi familiari (decesso improvviso della mamma del compagno) Elenoire salta l'intero periodo a studio ritornando da me in seduta a metà Aprile. In ogni caso in quel periodo manteniamo un contatto telefonico una volta a settimana. La paziente si è mostrata subito molto motivata.

Nell'indagare le aspettative relative alla terapia, sintetizzo ciò che riporta nel corso dei primi incontri (3-4) centrati sull'individuazione degli obiettivi da raggiungere:

Pz. *“ Vorrei essere meno rigida, meno intransigente con gli altri e con me stessa, meno irascibile... devo imparare ad essere più tollerante! Vorrei godermi la vita...percepirmi meno instabile, meno*

*vulnerabile. Vorrei essere forte. Vorrei non avere l'ansia e guidare di nuovo da sola, prendere i mezzi, essere indipendente. Vorrei essere positiva, e fidarmi di più di me e degli altri".*

Quando le chiedo: *quali sono le emozioni che vorrebbe regolare per ottenere questo?*

Mi risponde: *"La rabbia, l'ansia ed il senso di colpa"*.

A seguito della prima fase di assessment convergiamo sui seguenti obiettivi:

- **Alleviare la sintomatologia ansiosa**
- **Incrementare stili comunicativi assertivi ed efficaci**

A questi obiettivi espressi aggiungiamo che ci sono delle parti di sé e della sua storia che sono "bloccate" nel passato e che continuano in qualche modo a ripresentarsi nel presente mantenendo sempre alta la sofferenza e la vulnerabilità, per cui decido strategicamente di percorrere inizialmente la strada verso la riduzione della vulnerabilità, intervenendo direttamente sui ricordi degli episodi che hanno sensibilizzato altamente la paziente dando vita ai suoi temi centrali.

Il lavoro è volto non solo a normalizzare il carico emotivo legato ai ricordi, ma anche alla modifica dell'attribuzione della propria colpevolezza negli eventi passati.

Utilizzerò quindi all'interno di una cornice cognitivo comportamentale tecniche e procedure che oltre a ridurre la vulnerabilità favoriscono anche la ristrutturazione e l'accettazione come L'imagery with rescripting ed il protocollo EMDR.

Sarà opportuno prefissarci dunque anche questi altri obiettivi:

- **Lavorare sui ricordi traumatici non elaborati, normalizzandone il carico emotivo**
- **Lavorare su aspetti corporei di iperarousal e reattività incontrollata**
- **Modificare l'attribuzione della propria colpevolezza negli eventi passati**
- **Incrementare e stabilizzare un'idea realistica di sé sana, come persona degna, competente e non perfetta**

## **RAZIONALE, STRATEGIE E TECNICHE UTILIZZATE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI**

### **I. COSTRUIRE L'ALLEANZA TERAPEUTICA**

Considero questa prima fase la pre-condizione per ottenere degli obiettivi realistici.

Ho cercato di stabilire fin da subito una buona alleanza con la paziente, costruendo un clima positivo, di fiducia e soprattutto di sicurezza, ho scelto appositamente di darci del "tu" per creare un clima ancora più cooperativo.

Lo stile terapeutico che ho supportato è stato di tipo accettante e validante. La validazione dell'esperienza soggettiva ha consistito nel mostrarle che ciò che sente e pensa non solo è per me comprensibile, ma ne colgo il valore ed il significato adattivo.

Già dai primi colloqui si è innescata una bella intesa, Elenoire nonostante le sue difficoltà, è in grado di avere relazioni intense e significative, per cui l'ho sostenuta nell'utilizzare questa sua risorsa per creare, a partire proprio dalla nostra relazione, rapporti nei quali possa sperimentare un senso di accettazione di sé, di aiuto e di protezione.

Promuovere il cambiamento, non è stato però semplice, perché, anche se Elenoire fosse molto desiderosa di attuarlo, lo schema degli standard elevati l'ha portata inizialmente a lottare per obiettivi poco realistici e troppo perfezionistici, per cui l'obiettivo è stato riformularli in modo sempre più concreto e realizzabile.

Ho notato che con la paziente sono riuscita a non entrare in uno stato di allarme anche se la costruzione della relazione ha richiesto da parte mia una continua prudenza ed accortezza.

Lo schema di sfiducia/abuso spesso l'ha messa in una situazione di temere la confidenza.

In generale Elenoire ha l'abitudine a mettersi sulla difensiva, in modo particolare, dopo aver raccontato una difficoltà.

Elenoire mi riporta un episodio in seduta, in cui ha sperimentato talmente tanta paura ed angoscia durante il ricovero del figlio per una broncopolmonite che si è data un pizzico molto forte da lasciarsi il segno. Appena fatta questa confidenza mostra un senso di vergogna, e il timore di essere in qualche modo giudicata negativamente da me, mentre, al contrario delle sue aspettative, accolgo il suo racconto in modo interessato ed empatico. **Di seguito il dialogo che ha contribuito a migliorare la nostra alleanza, dimostrando alla paziente che la stessa relazione terapeutica poteva offrirgli la possibilità di sperimentare l'esistenza di una relazione benefica, capace di diventare la base di nuove rappresentazioni di Sé con l'Altro:**

T: *“Come senti che sto reagendo a questo fatto?*

*Sto dicendo o facendo qualcosa che possa dare l'idea che io possa rifiutarti o giudicarti?”*

Pz: *“ Mi sento capita... in effetti non c'è alcun segnale che mi sta facendo capire che mi stai giudicando strana o pazza...anzi...mi fai sentire bene... (abbozza un sorriso). Però tu sei la mia terapeuta, hai delle qualità speciali non giudichi... gli altri non mostrerebbero questa comprensione”*

T:  *Mi rendo conto che posso essere ben disposta verso di te per il ruolo che ricopro e che questo, può essere visto come uno spazio privilegiato, ma quello che stai sperimentando è vero, ed è tuo. Vorrei che ti soffermassi un attimo proprio su questa sensazione benefica che ti fa sentire capita da me, e non abbandonata o guardata con disprezzo.*

*In questo momento stai sperimentando un'emozione positiva e ciò dimostra che hai la capacità di sentirti accettata. Dove la senti questa sensazione?”*

Pz: *“...nel petto ... nelle spalle... anche sul viso...”*

T: *si... il tuo viso appare più rilassato...Bene Elenoire! Sembra che esista una visione più benevola di te e la nostra relazione seppur speciale come la definiamo, è stata in grado di portarla alla luce. Gran parte del nostro lavoro verterà sul riuscire a fare in modo che piano piano tu possa provare questo anche fuori da qui, in altri contesti e con altre persone.*

Pz: *“si...sarebbe davvero bello”* (tira un sospiro e si commuove).

Questo scambio tra me ed Elenoire ha rappresentato un modo per allenare la funzione metacognitiva della differenziazione promuovendo nella pz la distanza critica.

---

## II. MONITORAGGIO EMOTIVO E COGNITIVO



**SCOPO → allenare la paziente all'identificazione e comprensione dei propri pensieri, osservando in modo sempre più consapevole come si modifica il proprio stato emotivo, base indispensabile per un lavoro di regolazione emotiva.**

Oltre all'utilizzo di ABC e Laddering, spesso ho affiancato tecniche di meditazione mindfulness per insegnare ad Elenoire ad osservare e descrivere alcuni stati interni così come sono, astenendosi dal giudicarli e criticarli (in modo particolare per quelle emozioni quali rabbia, ansia per le quali tende a giudicarsi negativamente disprezzandosi).

Ho chiesto alla paziente di compilare una sorta di diario emotivo (di eventi spiacevoli e di eventi piacevoli) che accompagnerà poi anche le fasi più avanzate.

---

### III. TRAINING ASSERTIVO

**SCOPO → aiutare la paziente a migliorare il proprio stile comunicativo:**

- **promuovere abilità di riconoscimento e di espressione delle proprie emozioni utilizzando sia la comunicazione verbale che quella non verbale;**
- **avere la consapevolezza dei diritti della persona a partire dalla distinzione tra comportamenti assertivi, passivi, aggressivi;**
- **conquistare la stima di sé, imparando ad apprezzare se stessa e gli altri.**

La paziente si è riconosciuta nello stile comunicativo passivo-aggressivo ed ha accettato di lavorare sulle sue abilità per riuscire ad esprimere con le giuste modalità i propri desideri, le proprie emozioni, rispettando maggiormente se stessa e gli altri.

Nello specifico lavoreremo sul riuscire ad esprimere disaccordo, saper fare e saper rifiutare una richiesta, accettare una critica ed un complimento.

Ho invitato la paziente ad identificare lo stile da lei utilizzato in situazioni concrete e a riformulare le sue risposte in maniera assertiva. Ci siamo allenate molto, prima in seduta con simulazioni e role playing. Il **role playing** su episodi relazionali dove io ho incarnato la paziente e la paziente l'altro, ha permesso nello specifico ad Elenoire di comprendere quanto le è difficile uscire dai propri panni e vedere il mondo e la realtà in un modo diverso. Questa tecnica ha rappresentato un modo per allenare e addestrare parallelamente la funzione metacognitiva del decentramento.

---

### IV. RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA

**SCOPO → sostenere la paziente nella costruzione di letture alternative e più aderenti alla realtà.**

E' stata utile la ristrutturazione di alcune distorsioni cognitive come alcuni errori di ragionamento quali ipergeneralizzazione, affect as information, notando come queste sono legate a temi di valore personale, senso di sicurezza e fiducia in sé e negli altri.

L'eccessivo senso di responsabilità, la sopravvalutazione del rischio, il perfezionismo, l'intolleranza verso l'incertezza, sono tutte credenze e fattori che mantengono e alimentano i sintomi ossessivi.



Per cui, una volta spiegato che alcuni sintomi dipendono dallo schema che ne è alla base, ho aiutato la paziente a promuovere l'idea che si può essere imperfetti ma essere accettati e non dannosi per forza. Nello specifico ho cercato di supportare Elenoire a considerare le proprie idee come ipotesi, piuttosto che come verità assolute. Il lavoro ha portato la paziente a shiftare da idee quali:

*“Non mi ama come vorrei, se cerco apprezzamento e aiuto l'altro mi criticherà e rifiuterà” a “Mi rendo conto che tendo a pensare di non essere amata, ma ho notato anche che questo non è necessariamente sempre vero.*

---

## V. PROTOCOLLO EMDR

**SCOPO → riprendere l'elaborazione delle informazioni legate ai traumi cercando di lasciare “il passato nel passato”, togliere vividità ad alcuni ricordi, desensibilizzare le emozioni a questi collegate, portare la paziente ad un'integrazione e ad una conseguente riduzione o eliminazione della sintomatologia.**

Il lavoro sui ricordi traumatici mira a ridurre nello specifico quel **senso di indegnità** che sperimenta la paziente. Considerando che nel caso di Elenoire si tratta di un trauma complesso, precoce e cumulativo, cioè l'insieme di più eventi traumatici “T” e “t” accaduti tra infanzia ed adolescenza, l'elaborazione sarà complessa e bisognerà lavorare singolarmente su ogni singolo ricordo traumatico. **Scelgo di utilizzare questo approccio essenzialmente per lavorare sulle memorie traumatiche legate agli abusi.**

La paziente ha identificato il suo **Posto Sicuro**: la camera da letto della casa di Padova (non a caso la paziente evoca un posto della fase adulta) e si è proceduto con tutte le diverse fasi del protocollo utilizzando i movimenti oculari per ciascuna memoria che abbiamo deciso di trattare.

Nei vari ricordi è stato interessante notare come la cognizione negativa legata all'immagine ritenuta più disturbante *“l'odore delle sue parti intime”* fosse *“Sono stupida, sono in pericolo, è colpa mia”*. La cognizione positiva esplorata (quando pensa a quell'immagine cosa le piacerebbe credere di sé in questo momento?) ha riportato *“sono libera da colpa, sono al sicuro, è finita, ho fatto il meglio che potevo fare”*.

Gli interventi con EMDR hanno permesso ad Elenoire di vedere alcuni eventi della sua vita come ricordi esistiti, ma ora lontani, non più impattanti con il presente: *“vedo quest'immagine come se guardassi una foto.. non provo più tutto quel dolore*

---

## VI. TECNICHE DI SENSORIMOTOR

**SCOPO → insegnare alla paziente la distinzione tra l'esperienza sensomotoria e quella emotiva, favorendo azioni che trasmettano un senso di autoefficacia, allargando la sua finestra di tolleranza attraverso l'installazione di risorse somatiche per modulare l'arousal, aiutandola così ad ancorarsi al momento presente gestendo stati iperattivanti e dolorosi.**

Tra queste, abbiamo scelto la risorsa somatica della centratura, la respirazione ed il grounding

(porre una mano sul cuore ed una sulla pancia e compiere piccoli movimenti dei muscoli della schiena, porre attenzione al ritmo naturale e lento del respiro senza tentare di controllarlo o di modificarlo, sdraiarsi sul ventre e sentire il suolo attraverso la pancia, distribuire il peso su aree diverse dei piedi: punta, tallone, lati).

---

## VII. IMAGERY WITH RESCRIPTING

**SCOPO → lavorare su quelle esperienze passate che hanno avuto un ruolo centrale nel sensibilizzare la paziente rispetto a determinate credenze disfunzionali circa il sé, il mondo e gli altri.**

Prenderemo come episodio prototipico un evento passato che avevo identificato durante la ricostruzione della storia di vita di Elenoire. La tecnica prende avvio con la richiesta di chiudere gli occhi e di immaginarsi in un luogo sicuro precedentemente identificato insieme (il posto scelto da Elenoire anche per le sedute con EMDR è la sua stanza nella casa di Padova).

Chiedo alla paziente di descrivere la scena dalla prospettiva della bambina, la “piccola Elenoire” e in un secondo momento, le chiedo di cambiare punto di osservazione e di descrivere nuovamente l’esperienza passata, osservandola però attraverso gli occhi dell’adulto di oggi.

Il cambio di prospettiva aiuta la paziente ad esplorare con una maggiore lucidità i pensieri, le emozioni e le sensazioni fisiche, ma soprattutto permette di focalizzare l’attenzione sui suoi bisogni frustrati e per dare risposta ai quali, viene invitata ad entrare nell’immagine come adulta per apportare ogni cambiamento che riterrà necessario.

In un primo momento Elenoire non è riuscita ad esercitare autonomamente la funzione dell’Adulto Sano; per cui ho chiesto se potevo entrare io come terapeuta nella scena, rispecchiando il ruolo di un buon genitore, mostrando empatia con la sua sofferenza, stando ben attenta ad accogliere e legittimare i suoi sentimenti. In questo modo la “piccola Elenoire” può garantirsi protezione e la soddisfazione dei suoi bisogni fondamentali frustrati.

- Riporto l’episodio in questione dove avviene il Rescripting che ha permesso di prendermi cura del Mode Bambino Abbandonato:

Elenoire ha 6 anni ed è il primo Natale che passa a casa della nonna da sola con la sorella senza i genitori perché in Germania, la nonna ha fatto i regali solo ai due cuginetti maschi e la paziente inizia a provare rabbia e si sente sola e corre a chiudersi in camera a piangere, la nonna la segue entra in camera le urla contro dicendogli di smettere di piangere mancando di darle conforto e di esserle di aiuto.

Pz: *“Sono in salone davanti all’albero di Natale...”*

T: *“Cosa succede?”*

Pz: *“I cuginetti stanno scartando dei regali da parte della nonna....ma io e mia sorella non abbiamo regali... a noi non li ha fatti”*

T: *“Come ti senti?”*

Pz: *“Mi sento sola...triste ... sto piangendo... sento un dolore dentro la mia pancia e sono arrabbiatissima perché i miei genitori non sono venuti e ci hanno lasciate qui ...”*

T: *“E cosa fai ?”*

Pz: *“Corro in camera e mi chiudo a piangere... ma appena me ne vado arriva nonna che comincia a dirmi che sono una monella, che sono ignorante... mi urla contro dicendomi di smetterla di piangere...dice che è colpa mia se i miei genitori ci hanno abbandonate....ha quel viso così cattivo...mi punirà...mi farà lavare il pavimento tutta la sera.”*

T: *“Ascolta Elenoire, ora ti chiedo di provare a visualizzare anche me in questa scena...riesci a vedermi?”*

Pz: *“.. ok....si.”*

T: *“Sono qui per proteggerti e prendermi cura di te Elenoire...”*

Pz: *“Io non ce la faccio più, non voglio stare qui, lei mi tratta male...non gliene frega niente di noi, mi sento così sola..”* (La pz piange)

T: *“Hai proprio ragione Elenoire...tu non meriti di essere trattata così e non è giusto...Lasciami parlare con tua nonna...non voglio più che ti accadano situazioni come questa”*

T: *“Signora mi ascolti bene, è molto importante! Quello che succede in questa casa è insostenibile per la piccola Elenoire, lei non fa altro che punirla. Non è capace di darle l'affetto e le attenzioni che una nonna dovrebbe dare... non fa altro che arrabbiarsi, criticarla, ricattarla e colpevolizzarla.*

*Elenoire ha il diritto di essere trattata con rispetto, di essere amata e di essere vista nei suoi bisogni e nelle sue difficoltà. Da oggi non le permetterò mai più di fare del male alla piccola Elenoire e mi occuperò io di proteggerla e di darle tutto quello di cui ha bisogno...”*

La paziente ha affermato di essere soddisfatta dell'intervento in quanto si è sentita protetta e finalmente riconosciuta nei suoi bisogni, e al tempo stesso, ha sperimentato un senso di giustizia e di benessere nell'immaginare la figura della nonna “squalificata” dal suo ruolo, messa all'angolo e considerata nella sua totale inadeguatezza ed incapacità affettiva.

---

## VIII. E/RP ESPOSIZIONE E PREVENZIONE DELLA RISPOSTA (da Nov. 2019)

**SCOPO → promuovere nella pz l'accettazione delle minacce temute, esponendola a queste per un tempo superiore a quello normalmente tollerato, bloccando le risposte comportamentali di tipo preventivo/protettive (covert e overt).**

Alla paziente è stata proposta L'E/RP spiegando il razionale attraverso lo schema di funzionamento ho mostrato ad E. come mantenimento del disturbo e spiegando anche la curva dell'ansia che tende ad estinguersi spontaneamente dopo circa 40 min.

Si prevedono sia **Esposizioni enterocettive** per modificare l'interpretazione erronea dei sintomi che l'ansia produce, normalizzando le sensazioni, che **Esposizioni graduate ( in vivo ed immaginativa per tutte quelle conseguenze temute non riscontrabili nella vita reale)** per modificare le credenze disfunzionali, affrontando le situazioni tenendo in mente l'interpretazione alternativa.

Progettazione degli esercizi fisici in grado di provarle (es. tachicardia - corsa sul posto) e Gerarchia delle situazioni temute (lista di 10 item) con i relativi SUD. Abbiamo lavorato sui 10 item

partendo proprio da quello meno ansiogeno, monitorando il livello d'ansia prima, dopo e durante l'esposizione (circa ogni 10 minuti).

Come homework alla pz ho assegnato la ripetizione dell'esercizio di esposizione una volta al giorno, concordando i dettagli sulle modalità e sul monitoraggio (scheda di monitoraggio oppure contatti telefonici).

---

## **VALUTAZIONE ED ESITO**

La terapia con Elenoire, iniziata a gennaio 2019, è tutt'ora in corso e prosegue con progressi.

La paziente appare visibilmente più serena, l'espressione di rigidità sul suo volto non è più costante come la tendenza a criticarsi sempre anche se ogni tanto ancora presente.

Grazie all'utilizzo di più sessioni di Imagery, si è riuscite ad affrontare la modalità genitore punitivo, integrando il lavoro sulla vulnerabilità storica fatto sino ad oggi.

Alcune modalità punitive sembrano essere fortemente associate ai comportamenti compulsivi che rappresentano il modo disfunzionale di far fronte a tali regole introiettate.

La sintomatologia ansiosa di tipo ossessivo, ad oggi, sembra essersi attenuata in gran parte, permettendo alla paziente di vivere più alla giornata, di stare sul momento presente senza programmare in modo rigido ed inderogabile. Si dedica di più a sé stessa, va a camminare, svolge attività fisica e nel tempo libero cerca di fare attività ricreative con il compagno ed il figlio.

Con il figlio sembra aver ridotto intensamente le dinamiche controllanti, i lavaggi delle mani sono frequenti, anche se diminuiti legati al vizio del fumo.

Riferisce di aver apprezzato molto il lavoro sull'assertività perché sente di aver appreso delle tecniche pratiche che le hanno permesso di notare risultati sul lavoro e anche nella relazione con il compagno. In modo particolare il lavoro sull'assertività associato al lavoro di ristrutturazione cognitiva le ha permesso di rivedere le sue modalità tipiche di interpretazione della realtà.

Attualmente, la paziente presenta ridotta sintomatologia ansiosa di tipo panica, gli evitamenti sono quasi del tutto estinti. Elenoire ha provato per necessità a prendere i mezzi per andare a lavoro con buon risultato e conseguente senso di efficacia, ha preso per la prima volta un volo per Vienna per fare un weekend fuori senza presentare attacchi di panico o forte ansia, anzi, riporta l'esperienza come molto piacevole.

La paziente, ad oggi, riesce a guidare totalmente da sola, non sperimentando alcun disagio nel portare anche il figlio con lei seduto dietro nel seggiolino. Ha guidato con il terapeuta riportando un livello di ansia 3 (da 0-10) per vie statali e provinciali a lei sconosciute, e in autostrada.

La meditazione sul respiro, la tecnica dello "STOP" (abilità mindfulness) ed alcuni esercizi fisici di regolazione emotiva (Abilità DBT) le hanno rappresentato un vero salvavita, utilizzati tutte le volte che notava l'inizio di un rimuginio o un'iperattivazione somatica per cui normalmente la tendenza automatica era quella di reagire, e ora, invece, riesce a scegliere intenzionalmente se agire o meno davanti ad uno stressor.

*Giulia Pelosi, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Roma, Terapeuta EMDR II livello, Istruttore Mindfulness.*

*E-mail: [giulia.pelosi@email.it](mailto:giulia.pelosi@email.it).*

*Per comunicare con la rivista o con gli autori potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: [psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)