

Azzurra, nel profondo blu: una storia di traumi e Traumi

Miriam Miraldi¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (SPC Roma)

Riassunto

Viene presentato il caso di una giovane donna con una storia di traumi "t", legati ad una relazione con il caregiver principale caratterizzata da imprevedibilità, e traumi "T", legati invece ad episodi di abuso subiti durante l'infanzia.

Vengono descritti gli stati mentali problematici prevalenti (allerta/pericolo e accudimento mancato/solitudine), i cicli interpersonali disfunzionali, gli evitamenti, le somatizzazioni e le memorie traumatiche non elaborate.

L'intervento trattamentale proposto integra, in una cornice cognitivo-comportamentale, elementi della Terapia Metacognitiva Interpersonale e della Terapia EMDR.

Parole chiave: Disturbo post-traumatico da stress, TCC, TMI, EMDR

Summary

The case of a young woman is presented with a history of "t" traumas, linked to the relationship with the main caregiver characterized by unpredictability, and "T" traumas, linked instead to episodes of abuse during childhood.

Principal problematic mental states (alert/danger and carelessness/loneliness), dysfunctional interpersonal cycles, avoidances, somatizations and unprocessed traumatic memories are described.

The proposed treatment intervention integrates, in a CBT framework, elements of Metacognitive Interpersonal Therapy and EMDR Therapy.

Key words: Post Traumatic Stress Disorder, CBT, MIT, EMDR

Introduzione

Azzurra è una giovane donna di 27 anni, vive in una città del centro Italia, lavora come amministrativa, ha inoltre un secondo lavoro come addestratrice di cani e la notte studia, per laurearsi e ha la media del trenta. Da cinque anni vive insieme al fidanzato Gabriele, coetaneo, col quale sono andati a convivere piuttosto presto perché Azzurra sentiva la necessità di andare via da casa.

La famiglia di origine è composta dal padre, dipendente di una grande azienda, dalla madre, assicuratrice e dalla sorella minore Claudia. I genitori si sono separati conflittualmente quando Azzurra aveva 9 anni. Il padre aveva una relazione con un'altra donna, che è tutt'ora la sua compagna. Anche la madre aveva intrapreso un'altra relazione significativa, conclusasi da un paio di anni con una separazione conflittuale, da cui era nato un altro fratello, Giacomo. In seguito alla separazione, il padre andò a vivere con la nuova compagna, e le due figlie con la madre e successivamente anche con il nuovo compagno della madre e il figlio nato da questa unione. Azzurra riporta che la madre ha molto probabilmente un disturbo bipolare e che, le volte che un clinico le ha diagnosticato questo problema, avrebbe interrotto la terapia.

La paziente arriva a chiedere un consulto autonomamente; la seguì presso il mio studio privato. Non ha mai seguito altri percorsi psicoterapici né di consultazione psichiatrica. Si presenta in prima seduta curata e semplice nell'aspetto, con lo sguardo algido, inizialmente basso. Appare una decisa discrepanza comunicativa, come vi fossero due canali: da un lato parla di sé con distanza, come se parlasse di un'altra persona, con un'emotività fredda e distaccata; al contempo, il corpo comunica agitazione e inquietudine, le mani intrecciate che si muovono nervose, attorcigliando una sciarpa. È orientata, presenta un buon eloquio, sebbene abbia un tono di voce piuttosto basso. Il flusso del pensiero è lineare. Dice di sé di sapere che appare agli altri come imperturbabile, ma si sente invece "come un vaso che accoglie tutto, senza sentire niente, e ora però sta facendo fatica, perché sembra non entrarci più nulla".

Elementi salienti della storia di vita

Indagando la storia di vita e delle relazioni significative, emerge che l'aspetto caratterizzante del rapporto con la mamma è sempre stato costituito dal tema dell'imprevedibilità. Già da prima della separazione, ma soprattutto a seguito della stessa, Azzurra ha dovuto gestire le potenti e drammatiche oscillazioni di umore della madre, nel tentativo disperato di essere "parafulmine" anche per i fratelli minori. La mamma, descritta come giudicante, poco affettiva ("Pensi che in tutta la vita mi ha baciata una volta, quando ero ricoverata, ancora me lo ricordo!") passava da momenti

di tristezza cupa e rabbiosa, ad altri in cui era più euforica ma irascibile. Della madre ricorda il tono di voce sprezzante e l'immagine mentale di un'espressione del viso, che definisce "maligna" e che la terrorizzava; soprattutto si spaventava perché non capiva neppure di cosa doveva aver paura. Azzurra ha imparato non solo a controllare ma anche a prevedere queste oscillazioni, prestando estrema considerazione per ogni minimo dettaglio, sviluppando un'attenzione, che potremmo definire selettiva, per aspetti quali il cambio di espressione del viso, mutamenti nel tono della voce, freneticità dei movimenti, tutto ciò che insomma poteva essere indizio di un cambiamento emotivo imminente. Da piccola cercava di utilizzare ciò che era a sua disposizione per tenere sotto controllo l'umore della madre ("Non vedevo l'ora di prendere un bel voto, lo usavo per cambiare le emozioni di mamma").

Quando era bambina non aveva certo gli strumenti per fronteggiare queste oscillazioni, dunque ha imparato a gestirle attraverso un atteggiamento di compiacenza, cercando sempre di anticipare o di allinearsi con quanto la madre desiderava ("Se non mi allineavo con quello che mamma voleva, potevano accadere cose brutte"), sia per non farle avere ulteriori sbalzi d'umore, sia per non farla arrabbiare troppo, anche perché in quelle situazioni spesso perdeva il controllo e aveva atteggiamenti aggressivi. La paziente riporta che viveva in un costante stato mentale di allerta per una possibile minaccia imminente, che le permane ancora oggi. Ricorda anche che nei momenti di difficoltà o tristezza doveva "consolarsi da sola". Quando ripensa a se stessa bambina, prova un forte sentimento di pena. Un valore positivo che sente le sia stato trasmesso dalla madre è l'amore per gli animali ("mia madre dormiva coi gatti per calmarsi"). In qualità di primogenita inoltre Azzurra ha sempre sentito forte la responsabilità su di sé di proteggere la sorella e il fratello più piccoli e all'interno del sistema familiare è stata sempre percepita come quella capace di "reggere".

Rispetto al padre Azzurra riferisce di averlo sempre sentito più affettivo, permissivo, mai severo, ma comunque distante, non era presente nei momenti di bisogno. Inoltre, un tema di rilievo lo assume la separazione, a seguito della quale sente che il padre era consapevole di aver lasciato lei e sua sorella Claudia nelle mani di una mamma in forte difficoltà emotiva e psicologica. Azzurra ad oggi sente e valuta questo aspetto come ingiusto, provandone rabbia, ma da bambina sentì invece un forte senso di abbandono da parte del padre ("Perché ci ha lasciate con lei?").

Dal momento della separazione dei genitori, inoltre, la vita di Azzurra e della secondogenita Claudia è stata come suddivisa in due mondi incomunicabili, incompatibili e non integrabili: di fatto, quando andava nei week-end o nei giorni stabiliti, a stare a casa del padre, al rientro a casa dalla mamma Azzurra non poteva assolutamente fare alcun riferimento a quanto vissuto, altrimenti sarebbe stata duramente attaccata e giudicata; la mamma faceva domande sarcastiche e aggressive

(“Ah, e così da papà ti sei divertita?”), ironiche, svalutanti relativamente al padre e alla compagna e la paziente si sentiva utilizzata per avere informazioni. Crescendo, Azzurra ha iniziato a non raccontare alla madre di tutte le volte che andava a trovare il padre, sentendosi però come in una situazione di tradimento.

Il comportamento appreso di Azzurra è quello di compiacenza dei bisogni dell'altro, e di non ascolto dei propri bisogni emotivi ed anche fisici. Ad esempio, quando aveva 16 anni è stata per giorni con un forte dolore addominale, senza farne parola con nessuno, perché era un momento molto critico in cui si stava occupando più intensamente del solito del fratellino Giacomo; un giorno si sentì ancora più male, ma non voleva andare in ospedale perché stava andando appunto a prendere il fratello, ma cadde e la portarono al pronto soccorso dove l'operarono di urgenza. In quell'occasione ricorda tra l'altro che, nuovamente, il padre la lasciò sola (“è passato a trovarmi al volo, poi è andato ad una cena coi suoi amici”).

Quando la paziente aveva un'età compresa tra gli 8 e i 12 anni, racconta - dapprima senza entrare in dettagli, poi via via dando spazio a una condivisione più ampia - di aver subito abusi sessuali da parte di un familiare, e che nessuno si sarebbe accorto di questa situazione. Questa esperienza le ha consolidato un sistema di hyperarousal e uno stato di allerta costante, una difficoltà alla vicinanza fisica e aspetti di distacco e dissociazione.

Descrizione del problema

La paziente riporta una serie di problematiche, le quali si influenzano vicendevolmente, e che possiamo descrivere all'interno delle seguenti aree:

- Problemi comunicativi e interpersonali. Azzurra riporta fin da subito di “preferire il rapporto con gli animali a quello con gli umani”; in particolare, tra i primi problemi presenta quello di non saper gestire una comunicazione efficace, soprattutto non è in grado di esprimere rifiuto/disaccordo, né sapere far presenti i propri bisogni in maniera assertiva. Nel tempo ha sviluppato modalità di compiacenza verso l'altro, tanto che ad oggi riferisce di non chiedersi neppure più di cosa ha bisogno, cosa le interessa e cosa prova; inoltre sostiene che secondo lei gli altri la percepiscono come una persona “buona”, mentre a suo dire la verità è che non prova nulla, quasi per nessuno (appiattimento affettivo). Di fatto presenta una moderata difficoltà nell' automonitoraggio emotivo, ma anche nella definizione di una identità personale (“Non sono capace di dire come sono fatta, come mi sento, cosa mi va bene...non me lo chiedo mai”). La paziente riporta inoltre di provare un senso di lontananza, di distacco e freddezza nei confronti degli altri e una certa mancanza di interesse nelle relazioni. A livello emotivo, sente una sostanziale anestesia emotiva (“non provo

nulla, da piccola mi sono abituata a non voler provare nulla, era meglio così”), spesso si sente come indifferente e priva di desideri affettivi, forse per un’incapacità nel discriminare le emozioni. In situazioni che sa che dovrebbero essere caratterizzate da gioia/piacere (festa con gli amici, regalo del fidanzato, ecc.), cerca di sforzarsi, di indursi uno stato emotivo congruente. In tutti questi anni successivi alla separazione dei genitori, Azzurra riferisce di essersi sentita costantemente una sorta di “parafulmine” per le problematiche psicologiche della madre e rispetto alle diverse relazioni tra i membri della famiglia, che tutti la identificano con “quella forte” e che lei ci tiene a non perdere questa immagine.

- Difficoltà inerenti la sfera corporea e somatizzazioni. Come prima informazione riporta di stare da poco prendendo un farmaco che le possa stimolare il ciclo, perché da dieci mesi presenta amenorrea. Da un anno e mezzo col fidanzato stanno provando ad avere un figlio e questo problema la fa sentire responsabile. Soffre inoltre di Disturbi del sonno (insonnia, o comunque un sonno non ristoratore) e della sindrome delle gambe senza riposo (RLS, Restless Legs Syndrome o sindrome di Willis-Ekbom), e ha il suo principale sintomo nella voglia irrefrenabile di muovere le gambe, accompagnata solitamente ad un dolore, formicolio o sensazioni strane agli arti inferiori, che si manifestano a riposo e prevalentemente alla sera o inizio della notte. Questi sintomi le impediscono di dormire.

- “Traumi” e “traumi”; Ricordi di tipo traumatico non elaborati. Gli aspetti traumatici che la paziente presenta sono relativi a due versanti, entrambi comunque caratterizzati da vissuti di impotenza e da situazioni/eventi vissuti come emotivamente non sostenibili:

a) da un lato troviamo i cosiddetti traumi con la “t minuscola” o piccoli traumi che corrispondono a esperienze traumatiche non estreme, eventi di vita meno catastrofici, con una percezione intensa di pericolo ma non per questo meno traumatici se costanti, ripetitivi e cumulativi; nel caso di Azzurra si tratta di eventi relazionali precoci, ripetuti sistematicamente nel tempo (“sviluppo traumatico”), avvenuti all’interno delle relazioni familiari e con le figure di attaccamento, in particolare nel rapporto con la madre che presentava (e presenta a tutt’oggi) un umore/comportamento fortemente oscillanti ed imprevedibili; il suo sviluppo emotivo è stato costellato da condizioni di neglect come forma di trascuratezza emotiva (è stato invece sempre garantito un adeguato accudimento materiale);

b) dall’altro, traumi con la “T maiuscola” o grandi traumi corrispondenti a esperienze traumatiche di natura estrema che comprendono la percezione di pericolo al corpo, attacco al sé, che portano alla morte o minaccia all’integrità fisica propria o delle persone care. Azzurra riporta dapprima a grandi linee, fino poi a riuscire ad accedere a contenuti di sempre maggiore dettaglio,

episodi di abuso sessuale da parte di un familiare, verso il quale sente comunque di provare sentimenti anche opposti, del tipo “lo detesto, ma provo compassione”. Riporta anche alcuni episodi in cui avrebbe cercato l’aiuto di altri adulti, senza però essere compresa: ricorda ad esempio di un giorno, in cui questo familiare si era masturbato in sua presenza, e poi l’aveva accarezzata; lei scappò piangendo, chiedendo aiuto alla zia, dicendole “Lui mi mette le mani addosso!”. La zia fraintese, e riprese questo familiare dicendogli “non si picchiano i bambini!”. Questo evento ha favorito in Azzurra anche una forte sensazione di essere una persona incompresa e inaiutabile. Nella narrazione appaiono evidenti manifestazioni somatiche di paura e di disgusto. Probabilmente attraverso forme di memoria sensoriale/implicita, in maniera autonoma collega questi eventi ad una sua attuale difficoltà relativa al contatto fisico, anche minimo, soprattutto (anche se non esclusivamente) con persone di genere maschile e al suo pressoché totale disinteresse, quando non addirittura disgusto, per l’intimità sessuale col suo compagno, anche se con lui accetta il contatto perché sente che non la può danneggiare.

La paziente racconta della sua difficoltà a mantenere relazioni interpersonali di varia natura a causa del suo timore legato alla vicinanza prossemica.

Per approfondire la fase di assessment, oltre al colloquio clinico e ad un questionario anamnestico, sono stati somministrati alla paziente i seguenti test di valutazione psicodiagnostica:

- MMPI-2. I valori soprasoglia nelle scale cliniche di base sono: Hs (ipocondria, .75) e Hy (Isteria, .85) che indicherebbero la tendenza a somatizzare; D (depressione, .75), indica la presenza di sintomi di tipo depressivo; Si (Social Introversion, .67) indica le difficoltà che la paziente riscontra nei rapporti con gli altri.

- MCMI-III (v. Allegato 1.2), in cui si notano soprasoglia i valori relativi a tratti di personalità schizoidi e compulsivi (Asse II) e Disturbi Somatoformi e distimia (Asse I); troviamo invece sottosoglia il PTSD (.60).

- PID 5 – Personality Inventory for DSM 5, troviamo alti i Domini di Affettività negativa e Distacco; tra i sottodomini (o facets) emergono sottomissione, affettività coartata, anedonia e ansiosità.

- Questionario SCID II, evidenzia la presenza di tratti passivo-aggressivi (4; criterio min. 4) e schizoidi (5; criterio min. 4), confermata anche dall’approfondimento con la relativa Intervista SCID-II.

- DES, non emergono punteggi significativi che indichino una marcata presenza di esperienze dissociative, ma comunque troviamo informazioni clinicamente interessanti. In particolare per quanto riguarda la memoria (che sappiamo essere strettamente correlata a fenomeni di

disgregazione della coscienza): la paziente risponde che a volte si “perde” o non ricorda tragitti o stralci di conversazione, ma soprattutto che non ha alcun ricordo di eventi importanti della propria vita (risponde 90%).

In sintesi, la paziente è stata esposta a traumi multipli e presenta sintomi intrusivi correlati all’evento traumatico (flashback, ricordi intrusivi); marcate reazioni fisiologiche all’esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell’evento traumatico (ad esempio in seduta, quando racconta di un amico-uomo che le si avvicina troppo fisicamente, mostra un linguaggio non verbale molto chiaro di disagio e disgusto, sembra volersi distanziare fisicamente con la mano, inizia a provare un fastidio allo stomaco e sensazioni di nausea, si porta le mani al petto, come per protezione); evitamento persistente degli stimoli associati all’evento traumatico; alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all’evento traumatico; sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri (compromissione interpersonale) e incapacità di provare emozioni positive come felicità, soddisfazione; infine la paziente mostra stati di ottundimento emotivo (emotional numbing, “a volte mi sento persa come in un profondo blu, come quando vai sott’acqua, quando faccio sub... tutto è buio, quel silenzio strano nelle orecchie, non hai tanto orientamento”) e vuoti di memoria, anche considerevoli in termini temporali, rispetto a fatti o eventi dell’infanzia e dell’adolescenza, ad esempio non ha alcun ricordo autobiografico di tipo episodico del padre o della madre antecedente alla loro separazione, mostrando una confusione nelle narrazioni della sua infanzia, in cui i riferimenti mnestici sono per lo più semantici (“Mia madre era imprevedibile”). Anche nel corso della terapia è accaduto che non ricordasse nulla o quasi dell’incontro precedente in termini di memoria episodica, trattenendo invece memoria di significati condivisi in seduta.

Non sono presenti ideazioni/comportamenti suicidari o parasuicidari.

L’ipotesi diagnostica propende per un Disturbo post-traumatico da stress (PTSD), anche di tipo Complex (PTSDc) e per un profilo di personalità NAS, con prevalenza di tratti schizoidi e passivo-aggressivi.

Profilo interno del disturbo

La paziente mostra un profilo interno caratterizzato dai seguenti stati mentali:

a) Stato mentale di allerta/pericolo. Credenze: “Devo sempre stare in allerta, o qualcosa di terribile potrebbe accadere”; “L’altro potrebbe farmi male”; “Sono vulnerabile e non so se sono capace di proteggermi”. (Anti)scopo terminale: “Non deve assolutamente risucceedere di sentirmi in

pericolo”. (Anti)scopi strumentali: “Non permettere a nessuno di avvicinarsi troppo”; “Essere compiacente ma distaccata”.

b) Stato mentale di accudimento mancato/solitudine, caratterizzato emotivamente da rassegnazione, sentimenti di impotenza e rabbia. Credenza: “È inutile che mi chiedo di cosa ho bisogno, o che faccio presenti i miei bisogni, perché non c’è nessuno che può aiutarmi, devo pensarci sempre da sola!”; “Non è giusto, nessuno si interessa a me, neppure i miei genitori”.
Scopo: Ricevere aiuto/attenzione e cure.

Per non entrare nello stato doloroso di accudimento mancato e solitudine, che gli rievoca ricordi traumatici della sua infanzia (specialmente nel rapporto con la madre), e data l’aspettativa sull’Altro che non l’aiuterà, Azzurra di fatto non esprime alcuna richiesta di aiuto.

A	B	C
Mia madre mi chiama al telefono per sfogarsi	Devo fare qualcosa, devo farla ragionare Se non riesco a calmarla se la prenderà coi miei fratelli e non posso permetterlo	Preoccupazione, timore La ascolto, non vado più in palestra perché ormai è tardi
	B	C
	Non ce la faccio più Sono satura Nessuno pensa a me? Sono stanca di non essere pensata	Rassegnazione Rabbia Stringo i pugni, rispondo male
A2	B2	C2
Rabbia Rispondo male	La rabbia è brutta, distrugge le persone Non è un’emozione che si può provare Non voglio essere così, sono una brutta persona Se mi arrabbio somiglio a mamma (<i>Laddering</i> → indegnità)	Tristezza Disprezzo di sé Tentativi di controllare/sopprimere la rabbia

A	B	C
Il collega mi mette la mano sulla spalla per salutarmi e si siede accanto a me per lavorare insieme sui dati	(immagini mentali dell’abuso) ¹	Ansia /Paura
		Disgusto Sudorazione, nodo in gola, tachicardia Percezione di irrealtà (Derealizzazione)

¹ Questo è quanto avviene nel momento dei vissuti riferiti. Solo post hoc, in seduta, Azzurra riesce a ipotizzare/ricostruire dei pensieri del tipo “È troppo vicino; mi fanno schifo gli abbracci; ci risiamo, ogni

al mio PC		Mi irrigidisco, mi ritraggo vado via, mi isolo in una bolla (Evitamento) Non riesco a lavorare, non combino nulla
A2	B2	C2
Mi ritraggo e vado via	Lo so cosa penserà di me ma non mi importa niente, è più forte di me Ha ragione, sono fredda Ma preferisco che pensi che me la tiro, piuttosto che farmi toccare	“Non sento niente” > Mi ritraggo e vado via/Evitamento Senso di stanchezza Sembro bloccata
A2	B2	C2
Non riesco a lavorare, non combino nulla	Non posso continuare così, la mia vita sta andando a rotoli Rischio di fallire pure nel lavoro dove invece sono sempre stata brava	Tristezza Frustrazione

Fattori e processi di mantenimento

- Processi ricorsivi intrapsichici e stati mentali problematici. Azzurra presenta pensieri, emozioni e sensazioni fisiche disfunzionali, che rimangono stabili nel tempo e indipendenti dal mutare dei contesti. Sono già stati riportati nel profilo interno del disturbo, sotto forma di scopi e credenze, quegli stati mentali ed emotivi più pervasivi e costanti, che fungono anche da fattori di mantenimento: lo stato di accudimento mancato/solitudine; lo stato mentale di allerta/pericolo; le credenze disfunzionali; il pensiero negativo; l'affect as information, soprattutto sull'emozione di paura; l'ipergeneralizzazione sulle condizioni di pericolo.
- Cicli interpersonali disfunzionali. Azzurra si relaziona all'altro con una serie di aspettative negative, rigide e pervasive, che generano atteggiamenti e reazioni emotivo-comportamentali, coerenti con le proprie previsioni. Le due modalità relazionali pervasive che utilizza per stare con l'altro sono di distacco/analgesia, oppure di compiacenza/sottomissione. Questo circuito relazionale, pertanto, conferma nella paziente le proprie aspettative e mantiene stabili nel tempo le condizioni da cui origina l'attivazione del ciclo interpersonale disfunzionale. Qualora capitasse che gli altri superino una sorta di soglia di tolleranza alla vicinanza di Azzurra, per esempio toccandole una spalla in segno di affetto, lei prova enorme disagio, si “congela” oppure mette in

volta come quella volta; Non posso non pensare a ciò che ho vissuto”; tuttavia nel momento in cui si svolge l'episodio narrato Azzurra “non pensa niente”, procede in modalità automatica ad una sorta di sovrapposizione tra l'immagine dell'abusante e l'immagine dell'Altro attuale, nel presente.

atto comportamenti di evitamento, per esempio andando via velocemente, o distanzianti dal punto di vista relazionale, irrigidendosi o invitando espressamente l'altro a una maggiore distanza. Questi comportamenti fanno sì che gli altri la giudichino come "altezzosa, snob, distaccata", aumentando di fatto la sensazione di disagio e il distacco relazionale.

- Evitamenti. Come anticipato al punto precedente, una delle strategie di risoluzione dei problemi relazionali che Azzurra intraprende è quella degli evitamenti, sottraendosi all'esperienza della vicinanza, sia affettiva che fisica con l'Altro e mostrando atteggiamenti di distacco (rifugge abbracci, baci, ecc.). Tale modalità di fatto mantiene il disturbo, per due ragioni: da una parte negandosi questa possibilità, Azzurra rafforza l'idea di non essere interessata/adequata alle relazioni interpersonali; dall'altra, la risposta di rifiuto/distacco che arriva all'altro, fa sì che quest'ultimo possa non solo giudicarla, ma anche assecondare questa sua apparente richiesta, aumentando la distanza relazionale.
- Estremo timore della prossimità fisica, dell'intimità e della vicinanza relazionale. La credenza di base, sviluppata sulla base di esperienze di vita a valenza traumatica, è "Se l'altro si avvicina troppo, mi può danneggiare". Il timore del contatto fisico le comporta notevoli problemi nella vita quotidiana, per esempio quando il suo collega di lavoro, le si siede accanto per lavorare insieme al computer, Azzurra sperimenta eccessiva reattività fisiologica in termini di iperarousal, sensazioni di vuoto e sintomi di derealizzazione che, naturalmente, la deconcentrano dal compito, portandola a compromettere le sue performance lavorative e professionali. Altro aspetto essenziale è che gli eventi traumatici che Azzurra ha vissuto, portano sempre insieme chi ha "commesso" (chi ha originato il trauma, attraverso per esempio comportamenti agiti), ma anche chi ha "omesso" (chi non si è accorto o peggio si è accorto ma non è intervenuto e, quindi, non ha provveduto a tutelare). Ad esempio quando i genitori si sono separati, Azzurra si è ritrovata a vivere con la madre in evidente stato di disagio psicologico (dai racconti della paziente, sembrerebbe che la madre fosse in una fase di tipo ipomaniacale), e il padre, pur consapevole della situazione, di fatto non è intervenuto in alcun modo per porre rimedio o per ridurre il danno. Allo stesso modo, rispetto agli eventi di abuso che Azzurra ha subito nel corso del tempo da un familiare, nessuno si è accorto o comunque nessuno è intervenuto in suo supporto. È chiaro che esperienze multiple e ripetute di grave pericolo e di mancato soccorso, in cui non c'è nessuno che aiuta, possono aver generato nella mente di Azzurra l'idea che è sola, che deve stare costantemente in allerta e che non c'è nessuno che la proteggerà fino in fondo. Le stesse condizioni potrebbero aver favorito esperienze dissociative di distacco, come sistema di fronteggiamento del pericolo. In specifiche circostanze (vicinanza fisica a un collega, intimità

col compagno, ecc.) Azzurra sperimenta infatti esperienze, di lieve intensità, relative al sentirsi distaccata o osservatrice esterna dei propri processi mentali (depersonalizzazione), così come la sensazione che il mondo esterno sia strano o irreali (derealizzazione). È importante tenere presente che questi aspetti le comportano molteplici difficoltà nella sfera intima e sessuale.

Scompenso ed esordio

La ricostruzione dell'origine dei disturbi, non può che partire dall'anamnesi e dalla storia di vita e degli apprendimenti relazionali. Lo sviluppo di Azzurra è stato costellato da eventi estremamente dolorosi e da meccanismi scompensanti: gli abusi subiti da un familiare; la conflittualità e la separazione dei genitori; il trasferimento in un'altra casa con un nuovo compagno della madre; la relazione con la madre che soffre di disturbo dell'umore (bipolare), una relazione che potremmo definire di "accudimento invertito", nella quale non solo le è stato richiesto fin da bambina di occuparsi di aspetti adulti (adultizzazione, doverizzazioni), ma ha dovuto imparare a gestire il tema dell'imprevedibilità, aspetto legato alle oscillazioni dell'umore della madre. Ciò che Azzurra da bambina ha imparato a fare, in una modalità funzionale a quelle che potevano essere le risorse e le vulnerabilità di una bambina/adolescente, è stato compiacere le richieste, per arginare il più possibile derive emotive e comportamentali della madre, che avrebbero avuto conseguenze su tutto il sistema familiare (in particolare sui fratelli minori); Azzurra ha imparato a non ascoltare in alcun modo le sue esigenze personali, assumendo una modalità relazionale di distacco. A questo processo di sviluppo traumatico intrafamiliare, si aggiungono le esperienze di abuso sessuale subite da un familiare, a più riprese e per un certo arco di tempo, quando Azzurra aveva 8/12 anni. Su questi ricordi, che la Azzurra inizia con fatica a riportare, ci siamo mosse nel rispetto dei tempi, avendo però fin da subito condiviso con la paziente la disponibilità all'ascolto di questi aspetti. Azzurra ha mostrato su questo un grande sollievo, anche perché finora non ha condiviso con altri questo tema. L'evento recente che l'ha poi portata a chiedere un trattamento psicoterapico è un evento relazionale, relativo agli ultimi mesi. Sapendo che la madre non avrebbe preso bene la cosa, e decidendo di rendere anche a se stessa le cose più semplici, Azzurra chiede al padre di partecipare alla sua festa di fidanzamento da solo, senza la sua compagna. Di fatto, fa un tentativo di esprimere un bisogno personale, che però non trova rispondenza nel padre. Quest'ultimo infatti non solo le mostra risentimento, ma inizialmente le comunica di aver deciso di non partecipare alla festa, se non avesse invitato anche la compagna. Questa situazione ha generato nella paziente emozioni di tristezza ("Non posso pensare a quella festa senza il mio papà"), di rabbia ("Neppure per questo evento importante può mettere me davanti a tutto e tutti...È ingiusto!") e infine, forti sentimenti di

colpa (“Ho messo in difficoltà mio padre, dovevo pensare prima a lui”; “Anche qui in terapia ho parlato male di mio padre”).

Rispetto al futuro ha dei timori, in particolare di ordine relazionale: nello specifico si chiede se sarà in grado di costruirsi una famiglia, di sapersi avvicinare di più al suo compagno e, soprattutto, desidera e teme allo stesso tempo la possibilità di un’esperienza di genitorialità.

Vulnerabilità

Sulla base della storia di vita possiamo ipotizzare fattori predisponenti allo scompenso e ai disturbi presentati (esperienze di vita, eventi, rapporti significativi, fattori interni).

Vulnerabilità storica: Madre con (probabile) disturbo bipolare. Troviamo qui due temi fondanti: quello dell’imprevedibilità della figura di accudimento, e quello dell’accudimento invertito; Probabile pattern di attaccamento insicuro-evitante; Separazione dei genitori altamente conflittuale; Ruolo all’interno delle relazioni intrafamiliari; Esperienze traumatiche di abuso psicofisico in età evolutiva.

Vulnerabilità attuale: Amenorrea/difficoltà ad avere un bambino; Anorgasmia secondaria; Ipervigilanza, marcate reazioni fisiologiche, disturbi del sonno e sindrome delle gambe senza riposo; festa di fidanzamento imminente e problema col padre; Sintomi intrusivi associati agli eventi traumatici, difficoltà in situazioni di contatto fisico, evitamenti.

Terapia

Contratto e scopi del trattamento

La paziente si è mostrata fin da subito molto motivata e cooperativa. La terapia procede con regolarità a cadenza settimanale. Nell’indagare le aspettative relative alla terapia, provo a sintetizzare ciò che la paziente riporta, nel corso dei diversi incontri (circa 3/4) centrati sull’individuazione degli obiettivi terapeutici.

“Voler trovare sollievo nell’esprimere ciò che ho sempre sentito, ma che non ho mai ascoltato. Devo capire ciò che penso e ciò che provo...non lo capisco quasi mai. Vorrei ascoltare il mio corpo, che spesso parla al posto mio. Vorrei provare a stare bene con gli altri, senza smettere di essere disponibile, in un modo diverso, non sempre sottomessa. Devo imparare a gustarmi gli attimi di felicità, senza paura che qualcosa di brutto possa accadere. Vorrei prendermi un abbraccio di un’amica senza esserne schifata. E infine devo vivere di più il presente”.

A questi obiettivi espressi, aggiungiamo anche che ci sono delle parti di sé e della sua storia che sono invece “bloccate” nel passato. A seguito della prima fase di conoscenza, anamnesi e

assessment, convergiamo sui seguenti obiettivi terapeutici: a) Incrementare stili comunicativi più efficaci e assertivi; b) Imparare a monitorare i propri stati mentali ed emotivi; c) Imparare a identificare, discriminare e accettare le emozioni, in particolare la rabbia; d) Incrementare un maggiore senso di mastery e di stima di sé, lavorando sul problema secondario e stabilizzare una idea realistica di sé come persona competente, coerente e degna; e) Gestire in maniera funzionale le relazioni interpersonali, anche in termini di vicinanza/intimità; f) Lavorare sui ricordi traumatici non elaborati e sui sintomi dissociativi; g) Lavorare su aspetti, anche corporei, di reattività incontrollata, iperarousal, ipervigilanza ed evitamento, che si manifestano in specifiche situazioni di vicinanza, soprattutto in presenza di un “Altro maschile”.

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento

Nel piano terapeutico provo a delineare strategie e tecniche specifiche per ciascuna delle aree problematiche sopra citate come obiettivi del trattamento. All'interno di una cornice di stampo Cognitivo-comportamentale, mi prefiggo di utilizzare e integrare anche elementi specifici della Terapia Metacognitiva Interpersonale, per quanto riguarda l'intervento su aspetti di personalità, e di utilizzare tecniche di tipo bottom-up, quali il protocollo EMDR, per il lavoro sui ricordi traumatici più specifici.

Alleanza terapeutica. Stabilizzare, con prudenza, una buona relazione terapeutica, favorendo un clima collaborativo, fiduciario e di sicurezza per la paziente, anche attraverso l'Empirismo collaborativo.

Elementi del training assertivo. Gli scopi condivisi con Azzurra sono: di arrivare ad esprimere richieste e preferenze, mettere un confine alle richieste degli altri, avere rapporti interpersonali caratterizzati da autenticità e maggiore vicinanza relazionale.

Monitoraggio emotivo e cognitivo attraverso ABC e Laddering. L'allenamento nel comprendere i propri pensieri è fondamentale in quanto, attraverso questa procedura, la paziente può rendersi sempre più consapevole di come effettivamente si modifica il proprio stato emotivo, base indispensabile per una adeguata regolazione emotiva. A questo lavoro si è affiancata, in talune occasioni, la validazione, da parte della terapeuta, di stati emotivi che la paziente valutava come inaccettabili (questo in particolare sulle emozioni di rabbia e vergogna), imparando ad osservare senza giudicare i propri stati interni.

Ristrutturazione cognitiva delle distorsioni cognitive e delle credenze patogene. Abbiamo identificato gli errori di ragionamento (affect as information, ipergeneralizzazione), notando come sono sistematicamente legati ai temi di senso di sicurezza, fiducia in sé e negli altri, valore personale.

Intervento terapeutico sui cicli interpersonali attivi, che fungono da sistemi di mantenimento; le modalità relazionali che la paziente utilizza sono: a) distacco/analgesia (ciclo del “distacco”), tipico dei pazienti “coartati”. La paziente mostra queste caratteristiche di chiusura, senso di estraneità e diversità nella relazione, che solitamente traduce in un sostanziale impaccio relazionale. Anche nella terapia noto una conversazione talvolta laconica, che sento di dover sollecitare e all’interno della quale difficilmente la paziente porta contenuti spontanei, ma piuttosto preferisce rispondere a miei stimoli. Immagino che questa modalità sia molto simile a quella che mette in atto, per esempio, con i suoi amici o col fidanzato. b) compiacenza/sottomissione (ciclo della “compiacenza”). Per evitare esiti, reazioni e comportamenti non-prevedibili messi in atto dall’Altro, Azzurra ha imparato a “giocare d’anticipo”, cercando di rispondere e soddisfare tutti i bisogni e le richieste dell’altro, senza integrarle in alcun modo con le proprie. Chiaramente questo ciclo implica il fatto che la paziente faccia spesso cose che non desidera o non ritiene giuste, sperimentando poi una forte rabbia.

Interventi di psicoeducazione sugli evitamenti. Lo scopo è mostrare alla paziente che l’evitamento riduce l’ansia a breve termine, ma mantiene e alimenta la paura, impedendo l’acquisizione di una nuova consapevolezza, cioè che le memorie traumatiche non sono pericolose di per sé.

Tecniche di grounding, per aiutare Azzurra a gestire gli stati dissociativi (quando riferisce di sentirsi in una bolla, o come in fondo al mare, in uno stato di ottundimento) e ancorarsi al momento presente e alla realtà circostante, utilizzando con maggiore dettaglio possibile gli stimoli esterni presenti (abbiamo lavorato, per esempio, sull’accarezzare il suo cane), i movimenti del corpo e i cinque sensi, facilitando l’orientamento spaziotemporale. Abbiamo utilizzato queste tecniche anche in preparazione del giorno della festa di fidanzamento, quando sarebbe stato presente tra gli invitati, il familiare/abusante e vi sarebbe stata la compresenza dei genitori. Le tecniche di grounding sono state pensate anche come propedeutiche agli interventi di esposizione.

Tecniche di esposizione guidate in imagery (e in vivo, come homework tra una seduta e l’altra), su situazioni di vicinanza non pericolosa nella vita attuale della paziente. Lo scopo è stato far familiarizzare la paziente con le situazioni temute, dapprima in un clima protetto. Partendo dai racconti delle memorie traumatiche, abbiamo inizialmente riflettuto sulla distinzione tra presente e passato, ridefinendo insieme i confini temporali degli eventi traumatici; successivamente abbiamo identificato quelle situazioni, che si presentano nella vita quotidiana odierna/presente della paziente, che non sono (più) pericolose in sé, ma che Azzurra evita per ricordo, associazione o per similitudine a ciò che ha subito (stati mentali associati al trauma). Abbiamo associato a queste

situazioni anche delle frasi che Azzurra può dirsi sia per rassicurarsi e sentire di avere padronanza (“Ora sono grande”, “Ora sono al sicuro, non può succedermi nulla”), ma anche per supportarla nel discriminare, sia cognitivamente che emotivamente, ciò che distingue il passato dal presente (“È la mia amica che mi sta toccando, non è più lui”, “Io ho 27 anni ora, non sono più la bambina di tanti anni fa”). Questo ha permesso di intervenire sul senso di impotenza appresa.

Protocollo EMDR, con lo scopo di riprendere o riattivare l’elaborazione delle informazioni legate al trauma, per poter “lasciare il passato nel passato” e permetterne l’integrazione. Ho scelto di utilizzare questo approccio essenzialmente per lavorare sulle memorie traumatiche di abuso, che permettevano una circoscrizione spaziotemporale degli episodi più definita, preferendo invece trattare gli altri aspetti traumatici, più legati allo “sviluppo traumatico”, con interventi CBT. La paziente ha identificato il suo Posto al sicuro, e si è proceduto con tutte le diverse fasi EMDR, utilizzando i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destra/sinistra, per ciascuna memoria che si era deciso di trattare, partendo da uno degli episodi meno disturbanti relativi all’abuso. Nei vari ricordi trattati è interessante notare come la cognizione negativa che accompagnava l’immagine ritenuta più disturbante fosse “Sono ingenua, accondiscendente, stupida e vulnerabile”. Nell’esplorazione della Cognizione positiva (quando pensa a quell’immagine, cosa le piacerebbe credere di sé in questo momento?) Azzurra ha riportato sempre “Ho fatto il meglio che potevo fare, sono stata una bambina adeguata”. L’intervento con EMDR ha consentito ad Azzurra di vedere eventi della sua vita come “ricordi lontani”, non più disturbanti o impattanti nel presente.

Valutazione di esito

La terapia con Azzurra, tuttora in corso, prosegue con gradualità e progressione da quasi un anno. Tutti i sintomi di somatizzazione si sono decisamente attenuati (insonnia, sindrome delle gambe senza riposo) o sono del tutto rientrati (amenorrea). È in essere il lavoro di integrazione delle memorie traumatiche e di adattamento funzionale agli scenari attuali non pericolosi, ma evocativi dei traumi; si sono sensibilmente ridotti l’iperattivazione e gli evitamenti. Attualmente Azzurra è in dolce attesa: questo evento, tanto desiderato, porta con sé anche molte paure, legate soprattutto al ruolo genitoriale, sulle quali abbiamo già iniziato a lavorare insieme.

Miriam Miraldi

**Psicologa-Psicoterapeuta, Istituto don Calabria - Roma
Specializzata a Roma, training Nicolò e Rainone**

e- mail: miriam.miraldi@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

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