

# **SCUOLA ADLERIANA DI PSICOTERAPIA**

Riconosciuta dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica  
e Tecnologica con D.M. del 29/09/1994

Direttore Generale: L. G. Grandi

## **TESI DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA**

**Il corpo ferito in età evolutiva.**

*Come riparare in età adulta attraverso un approccio bio-psico-sociale*

**RELATORE:** dott.ssa Anna Maria Bastianini

**CORRELATORE:** dott.ssa Elisa Tenti

**CANDIDATO/A:** Giorgia Messina

2021

## Indice

<b>Introduzione</b>	Pag.3
<b>Capitolo 1. Il caso clinico</b>	Pag.6
1.1. <i>Motivazione</i>	Pag.7
1.2. <i>Diagnosi</i>	Pag.9
1.3. <i>Progetto terapeutico</i>	Pag.12
<b>Capitolo 2. Il percorso terapeutico: la disabilità</b>	Pag.15
2.1. <i>Adolescenza</i>	Pag.18
2.2. <i>Davanti allo specchio: io e l'Altro</i>	Pag.21
2.3. <i>I colloqui psicologici e il tema della disabilità</i>	Pag.27
<b>Capitolo 3. Il percorso terapeutico: il trauma</b>	Pag.33
3.1. <i>Emozioni</i>	Pag.37
3.2. <i>Il trauma familiare</i>	Pag.40
3.3. <i>Il rimosso</i>	Pag.46
<b>Capitolo 4. Percorsi di cura</b>	Pag.50
4.1. <i>L'impronta del trauma</i>	Pag.52
4.2. <i>Superare il trauma</i>	Pag.55
4.3. <i>Ulteriori riflessioni sui percorsi di cura</i>	Pag.60
<b>Conclusioni</b>	Pag.66
<i>Ringraziamenti</i>	Pag.70
<b>Appendice</b>	Pag.71
1.1. <i>Raccolta anamnestica: cronologia</i>	Pag.71
1.2. <i>Raccolta anamnestica: foto</i>	Pag.72
2.1. <i>Diagnosi: Profilo diagnostico</i>	Pag.75
2.2. <i>Diagnosi: i test utilizzati</i>	Pag.77
2.3. <i>Diagnosi: il test "Wartegg"</i>	Pag.79
2.4. <i>Diagnosi: il test "Albero di Koch"</i>	Pag.80
<b>Bibliografia</b>	Pag.81

## Introduzione

*“La psicoterapia ha luogo là dove si sovrappongono due aree di gioco, quella del paziente e quella del terapeuta.*

*La psicoterapia ha a che fare con due persone che giocano insieme.”*

*(D.W. Winnicott, 1974)*

Incontro M. per la prima volta quattro anni fa, sono all’inizio del percorso di specializzazione e il tirocinio presso l’ASL3 genovese è iniziato da poco. M. rappresenta effettivamente una delle prime persone che mi vengono affidate presso il Servizio Disabili per un supporto psicologico. La tutor, la dott.ssa Bottazzi, mi comunica l’invio da parte della responsabile del *Progetto di Vita Indipendente*, sostenuta dal parere della logopedista, che M. necessiterebbe, oltre del supporto fisioterapico e logopedico, di un percorso a sostegno della propria emotività.

Nel mentre, avevo già avviato un altro percorso, intrapreso in questo caso con la mamma di un paziente disabile: avevo quindi appena iniziato ad ascoltare il punto di vista di una madre con un figlio, giovane adulto, “diverso” dagli altri; ad osservare quali reazioni e dinamiche si generano all’interno di una famiglia di fronte alla “fragilità”; a comprendere la difficoltà, le resistenze, le difese e le aspettative che si innalzano quando appunto questa “fragilità” viene diagnosticata in fase di sviluppo per proteggersi da una “dura realtà”.

Fin dai primi confronti, emerge chiaramente questo aspetto: nel percepirsi e nel percepire gli altri, nella quotidianità, nella narrazione della propria vita, passata, presente e futura, quel “duro colpo” viene affrontato ogni giorno e sembra appesantire ogni aspetto del presente.

Nel proseguo dei prossimi capitoli, si osserverà come tale vissuto rispetto alla malattia e al trauma originatosi da essa, riguardi non solo il singolo ma anche il sistema familiare ed i suoi componenti.

L’impatto con la disabilità e la sensazione di sconforto rispetto a questa, inevitabilmente genera reazioni, nel mio caso si potrebbe dire di forte empatia e identificazione nelle difficoltà di M., che potrebbe tradursi in una semplice constatazione: *“Come posso io, al primo anno di scuola di specializzazione, con un background più vicino al mondo della psicologia del lavoro, essere di*

*aiuto ad una persona con oggettive difficoltà e con alle spalle un evento traumatico di questa portata?”.*

Pur avendo consapevolezza che sul passato è impossibile agire e tantomeno su un ricordo così impattante, non ho tardato ad affrontare la mia risposta empatica in analisi.

In questo caso, il rischio più evidente era che l'identificazione potesse portare ad una situazione di “stasi”, in cui l'amplificazione del *senso di inferiorità*, con un focus più sulle performance che sulla persona, prevaricasse sulla relazione, sull'ascolto, sull'individuazione delle risorse e sull'accettazione del limite, mio in primis.

“Ognuno di noi, durante l'analisi personale, rielaborando il proprio modo di stare in seduta e di relazionarsi con il paziente, analizza quali siano le proprie finzioni rispetto al ruolo di terapeuta. [...] Il rischio in cui possiamo incorrere, da giovani terapeuti, è quello di sostituire le finzioni della persona con altre che sono nostre personali” (Caudana, 2010).

Questa nuova consapevolezza ha comportato una maggiore attenzione sulle mie risposte e reazioni alla fragilità, da un lato; dall'altro, ha generato una migliore consapevolezza di quanto sia importante costruire una buona *alleanza terapeutica*: “La presenza iniziale di alleanza terapeutica positiva è significativamente correlata a un buon esito del trattamento” (Luborsky et al. 1998).

Stabilire una buona relazione terapeutica è funzionale per parlare delle proprie fragilità, anche quelle più evidenti, visibili ma che, nonostante l'oggettività della loro presenza, sono talvolta indicibili, non nominabili, prive di speranza.

Inoltre, la posizione empatica, non giudicante e di accettazione del terapeuta, insieme alla capacità di ascolto hanno una notevole influenza sulle emozioni provate durante il percorso terapeutico così come l'incoraggiamento ad affrontare i problemi quotidiani, può essere utile per chi ha difficoltà a mantenere un livello di funzionamento adeguato (Luborsky L. e Luborsky E., 2008).

L'incontro con M. e la relazione terapeutica instauratasi successivamente, sono state per me il modo di avvicinarmi ad alcune tematiche care al pensiero adleriano: il *senso di inferiorità*, qui inteso non solo nel suo aspetto psicologico ma anche organico; la tematica della *finzione* come copertura e mascheramento, e quindi il tema del *finalismo*; infine, ma non per ultimo,

l'approccio *bio-psico-sociale* introdotto da Adler con un secolo di anticipo (1907) sia in termini diagnostici, anamnestici ma anche nel considerare i possibili "percorsi di cura": "Il *modello bio-psico-socio-culturale adleriano* fornisce un quadro originale della relazione tra fattori ereditari, quelli ambientali e quelli delle compensazioni psichiche e dell'ideale realizzativo" (Grandi, 2016).

Il caso clinico, qui presentato, diventa per me il *fil rouge* delle riflessioni e condivisioni portate nel confronto con i tutor e in supervisione, durante il mio percorso di crescita; è il conduttore delle considerazioni teoriche e pratiche, il cui impianto è sempre quello della Psicologia Individuale Comparata.

Parto quindi dalla presentazione del caso clinico al *primo capitolo*: in particolare l'anamnesi e la diagnosi con alcuni riferimenti riportati in *Appendice*; per arrivare alla presentazione degli obiettivi del progetto psicoterapeutico.

Il tema del *secondo capitolo* è quello della disabilità: partendo sempre dai colloqui psicologici in fase di terapia, si riportano riflessioni e condivisioni sul rapporto della disabilità con sé, con l'altro, con alcune considerazioni sul contesto familiare, sociale e culturale in cui M. vive e ha vissuto.

La disabilità generata da una malattia importante e non prevista, mi ha portato ad alcune considerazioni sul trauma che vengono trattate invece nel *terzo capitolo*: verrà qui affrontato il tema non solo nella sua accezione soggettiva e individuale ma anche nel suo impatto e significato a livello familiare.

Si giungerà quindi al *quarto capitolo*, dove l'obiettivo per me è stato non solo quello di "mettere in parole" quanto è stato fatto nel corso della terapia, ma anche quello di riflettere su quali altri percorsi, alternativi e complementari possano essere utilizzati nella specificità di questo caso.

## Capitolo 1. Il caso clinico

*Jonathan scoprì che erano la noia e la paura e la rabbia  
a rendere così breve la vita di un gabbiano.  
Ma con l'animo sgombro da esse, visse contento, e visse molto a lungo.  
(da Il Gabbiano Jonathan Livingstone, R. Bach)*

M. è una giovane adulta di ventitré anni. Nasce in Ecuador nel 1996 e arriva in Italia nel 2008 con la sua famiglia, mamma e fratello più piccolo di cinque anni, per ricongiungersi con il padre che già da anni (dal 2001) vive a Genova. Nonostante la sua vita felice in Ecuador, prende il viaggio in Italia come un'opportunità per viaggiare e pensare ai propri studi e, appena arrivata in Italia, viene iscritta alle scuole medie a maggio. Ci sono un po' di difficoltà, soprattutto nel parlare la nuova lingua che da una parte rende difficile la socializzazione con i compagni di scuola, e dall'altra non le consente di mantenere la media alta dei voti a cui era abituata in Ecuador.

A dicembre dello stesso anno viene ricoverata all'ospedale a causa di una grave leucemia mieloide acuta. Rimane in coma per dieci giorni dal quale si risveglia con una grave amnesia: non si ricorda né i volti né i nomi dei propri famigliari. Al risveglio, racconta di aver avuto anche una momentanea cecità che non le consentiva di vedere bene.

Quando le cose sembrano rientrare, inizia un periodo della vita di M. l dove alterna scuola e ospedale: prima l'intervento agli occhi per il movimento oculare, poi nel 2013 subisce un trapianto renale e nel mentre anche le sedute di chemioterapia. La leucemia lascia in eredità anche alcuni episodi di crisi epilettiche che vengono trattate farmacologicamente fino alla graduale scomparsa.

M. rientra parzialmente a scuola, alternando ospedale e scuola. Rientra full time dal terzo anno delle superiori, completa il percorso di studi conseguendo l'attestato di partecipazione alle scuole superiori in alternativa al diploma. Si iscrive al corso di qualifica professionale di informatica di Is.For.Coop e tutt'ora è iscritta. Oltre alla scuola, va in piscina per fare riabilitazione e segue individualmente un corso di danza latino-americana.

M. entra a fare parte del *Progetto di Vita Indipendente* con il supporto del *Servizio Disabili* nel 2018. La prima volta che incontro M., viene accompagnata dalla madre. M. entra in stanza trascinandolo leggermente la gamba destra e con la mano sinistra tiene il braccio destro fermo. Conosco la sua storia clinica tramite la neuropsichiatra e nonostante le premesse, M. appare come una ragazza in grado di muoversi, piacevole e curata nell'aspetto. Indossa pantaloni e giacca di jeans, porta lo smalto alle dita delle mani e i suoi capelli sono lunghi e scuri. Potrebbe dimostrare qualche anno in meno.

Mentre M. mi spiega la motivazione della sua richiesta, la vedo gesticolare con la mano sinistra, talvolta sorregge la mano destra. Appare abbastanza a suo agio nel parlare anche se sembra nascondere la propria timidezza sorridendo. Quel suo modo di sembrare a suo agio contrasta con la tenuta dell'eloquio in quanto la voce talvolta diventa fiavole, tremolante, "secca". Noto già nel contesto del primo colloquio, lo scivolamento della lingua, dall'italiano allo spagnolo. Regge lo sguardo che non sembra intimidito.

Si pone in modo educato e rispetto al livello di comunicazione, sento il suo rivolgersi al professionista per chiedere aiuto.

## **1.1 Motivazione**

M. è seguita dal servizio a causa di una grave e complessa situazione neurologica quale esito di una grave leucemia mieloide acuta trattata farmacologicamente che ha comportato:

- emiparesi destra,
- deficit visivo,
- epilessia trattata farmacologicamente, con un controllo parziale delle crisi,
- disturbi del linguaggio verbale,
- deficit di memoria, deficit di concentrazione, spossatezza, con cadute in ambito cognitivo.

M. viene sottoposta recentemente a valutazione logopedica per disturbi del linguaggio dovuti ad emorragia cerebrale avvenuta nel 2009. Dalla valutazione, emerge un disturbo del linguaggio di grado lieve con un punteggio leggermente inferiore alla denominazione. La grafia risulta leggermente rallentata perché M., destrimane, ha dovuto imparare a scrivere con la mano sinistra.

I risultati delle prove risentono molto dell'aspetto emotivo: M. dimostra ed esprime molta ansia ed insicurezza quando si sente messa alla prova e viene suggerito un sostegno di tipo psicologico.

Durante il primo colloquio, viene approfondita la motivazione intrinseca di M. e tra le problematiche più evidenti e importanti, riporta:

- come problematiche le sue "cadute" di performance (memoria, concentrazione, espressione linguistica, movimento, etc.);
- episodi di forte ansia legati in parte alla paura dell'attacco epilettico. Il primo attacco d'ansia avviene in ospedale; il secondo a scuola in classe dove *voleva scappare via*; una terza volta in casa da sola, dove però *riesce a controllarsi*.

Rispetto all'ansia, riferisce che la presenza dell'altro in situazioni di performance, la turba e il risultato è una prestazione inferiore le aspettative;

- collegata al punto precedente, la rabbia che prova quando *non riesce alla prima*;
- che l'origine della malattia viene fatta risalire ad un vaccino o ad una chemioterapia sbagliata;
- infine, *una grande confusione in testa*.

Confusione che sembra essere fortemente correlata ai cambiamenti di tipo fisico e psicologico che hanno colpito la vita di M. e come forse sintomo, o meglio, reazione di fronte ad eventi di natura traumatica.



## 1.2 Diagnosi

M. possiede risorse cognitive e adattive limitate ma di potenziale. Dal *profilo dinamico funzionale*, redatto nel 2017, emergono infatti capacità da approfondire e migliorare, se supportate da un adeguato supporto educativo. Si osserva che in situazioni sollecitate da emotività, tali capacità possono cedere e “congelare” la paziente in uno stato di ansia.

M. gestisce infatti l’ansia con molta fatica: nelle situazioni più familiari è in grado di contenerla e superarla mentre nelle situazioni “nuove”, fortemente sollecitata, si blocca. La strategia adottata in questi casi è quella dell’*evitamento*. Consapevole delle proprie difficoltà e dei propri limiti, vive con frustrazione un forte *senso di inferiorità* che viene “bilanciato” proponendo a sé stessa obiettivi sfidanti che, una volta raggiunti, non portano ad alcuna soddisfazione e alcuna emozione. La *meta* è: “*io voglio tornare ad essere come prima*” e questo la porta ad arricchire le proprie giornate di impegni ma ad un impoverimento emotivo ed affettivo. I *meccanismi di difesa* prevalenti sono l’idealizzazione, la negazione, la razionalizzazione.

Rispetto ai compiti di vita, si riporta di seguito un’analisi delle tre aree affettivo-relazionale, scolastico-lavorativa e familiare.

### ***Area affettivo-relazionale***

La rete amicale di M. è davvero scarsa. Ha stretto alcune amicizie in Is.For.Coop sulle quali però investe poco. In Is.For.Coop in particolare, ha trovato due amicizie, femminili, in cui si rispecchia molto perché hanno avuto una storia simile alla sua. Qualche anno fa, stringe una forte amicizia con un’amica della madre che poi diventa la fidanzata del fratello. A quel punto la relazione si incrina in quanto M. ritiene che l’amicizia, da parte dell’amica, fosse finalizzata solo all’avvicinamento del fratello.

Le attività che svolge durante il tempo libero, la piscina, il ballo, sono volutamente individuali e questo non le permette di sperimentare il gruppo.

Durante la raccolta anamnestica, emerge che M., prima di arrivare in Italia, aveva molte amicizie che con il trasferimento ha via via perso (solo con alcuni è rimasta in contatto). Con il trasferimento in Italia, a causa delle difficoltà linguistiche e la malattia, ha intrattenuto poche

amicizie con persone di origine latino-americana. Anche in questi casi, si trattava di persone con situazioni di esclusione sociale, con le quali riusciva ad essere sé stessa.

Rispetto alle relazioni di coppia, M. non ha mai sperimentato: riferisce di aver avuto un *fidanzatino* alle elementari che poi ha lasciato per via del trasferimento.

### ***Area scolastico-lavorativa***

Il percorso scolastico, a causa delle assenze dovute alla malattia e dei limiti cognitivi conseguenti, risulta difficoltoso sia dal punto di vista dell'apprendimento, sia dal punto di vista relazionale. Dopo le scuole medie, frequenta un istituto professionale di Rapallo che si conclude con un attestato di competenze senza che venga affrontato l'esame di stato. Tale scelta si è rivelata molto dolorosa per M. . Attualmente frequenta il corso di informatica, consapevole che potrà esserle utile per l'esperienza di stage. Le situazioni più difficili per lei sono quelle degli esami dove subentra l'ansia.

### ***Area familiare***

M. vive a Rapallo con entrambi i genitori, il fratello e una cagnolina, Sissy (un barboncino).

I genitori così come il fratello sono molto presenti nella vita di M. e sono spesso riportati nei colloqui. Negli spostamenti, non avendo piena autonomia, quando non ha un accompagnatore (che viene pagato con i finanziamenti del *Progetto di Vita Indipendente*), di solito sono i genitori o il fratello che la accompagnano a scuola, alle attività o al servizio.

La madre, più che il padre, rappresenta il punto di riferimento di M. ma anche la persona *da proteggere da sé stessa*. Con la madre, infatti, non riesce ad arrabbiarsi o ad aprirsi totalmente. Il padre nei racconti appare più "sbiadito" e lontano dalla relazione. Allo stesso modo però se ne preoccupa cercando di proteggerlo dalle proprie ansie.

La relazione con il fratello è invece conflittuale e ambivalente. Nei suoi confronti emergono sentimenti di gelosia e di invidia, allo stesso tempo di cura e di colpa. Il fratello, infatti, dal suo punto di vista, ha molto sofferto durante la malattia, durante la quale è stato escluso dalle cure genitoriali. Allo stesso tempo, il fratello rappresenta tutto ciò che lei non è più in grado di fare.

Dalla condivisione durante i primi colloqui, nei suoi confronti il fratello si pone con freddezza e talvolta aggressività.

Il quarto componente della famiglia, il cagnolino, ha un significato simbolico-affettivo importante per M. perché “entra in famiglia” quando M. viene ospedalizzata.

### ***Profilo psicodiagnostico da PDM***

M. da un punto di vista intellettuale e cognitivo, presenta un deficit di memoria e concentrazione che incidono sulle capacità cognitive. M. comprende le nozioni convenzionali realistiche e l'esame di realtà è mantenuto; presenta discrete capacità di adattamento; si tiene presente che a livello di funzionamento, le capacità di regolazione, attenzione e apprendimento possono essere inficiate dal deficit cognitivo.

Da un punto di vista emotivo-affettivo, il test Wartegg così come il test T.A.T. fanno emergere sentimenti di insicurezza, senso di inferiorità, rabbia contenuta o negata. Da un punto di vista relazionale inibita ed evitante.

L'organizzazione di personalità è di tipo nevrotico con tratti di tipo evitante (“non ho bisogno di nessuno” – “sono senza paura”) e temperamento ansioso nelle situazioni di stress, in particolare di frustrazione. Si presuppone quindi che, a fronte di situazioni di stress, il funzionamento mentale di M. possa regredire e si aggiunge inoltre l'osservazione che il funzionamento mentale di M. sia stato inficiato da un trauma fisico e psichico compromettendo le risorse cognitive, di regolazione affettiva e relazionali. L'evento traumatico si inserisce inoltre in una fase di transizione dall'età infantile all'età adolescenziale che pone diverse questioni sull'integrità corporea e quindi identitaria di M. . La rabbia, il senso di colpa, il ricordo rimosso, l'idealizzazione di un “prima” che ora non c'è più, sono elementi che rimandano al vissuto traumatico dell'evento della malattia risalente a circa dodici anni fa.

Durante i primi colloqui, emergono le *risorse* da tenere presenti successivamente in fase di terapia: M. si muove con determinazione e forte intraprendenza; talvolta questo sfocia nella fantasia “grandiosa” di “tornare come prima” ma l'esame e il senso di realtà sono mantenuti. È importante tenere presente la sua apertura al confronto e la richiesta d'aiuto.

### 1.3 Progetto terapeutico

Il percorso terapeutico che viene proposto dal servizio è di tipo supportivo-espressivo: si vuole quindi sostenere M. nel “qui e ora”, nella quotidianità e soprattutto nel sostegno all’emotività nel contesto di situazioni sociali e di performance.

Il motivo della proposta avviene a seguito della constatazione che M., in concomitanza a quelle aree di difficoltà e di frustrazione, presenta dei punti di forza che, se adeguatamente investiti, possono sostenere l’autostima e sviluppare emozioni positive rispetto a sé e al contesto in cui vive.

L’intervento parte dalla creazione dell’*alleanza terapeutica* come “veicolo di cura” e obiettivo della cura (Luborsky e Luborsky, 2008). Si parte quindi dalla costruzione di un setting di sicurezza, dove appunto la paziente possa sperimentare una relazione sicura che consenta alla terapia di svolgersi. La posizione non giudicante e di accettazione del terapeuta, insieme all’empatia, all’ascolto e all’incoraggiamento ad affrontare i problemi quotidiani sono le tecniche a servizio della prima attività di supporto e sostegno: “Una posizione centrale delle tecniche è data dal processo di incoraggiamento. L’atteggiamento coraggioso è espressione dello Stile di Vita dell’individuo, diretto verso uno scopo e unito all’interesse sociale” (Grandi, 2016).

Allo stesso tempo, viene dato spazio alla parte “espressiva”, facilitando l’espressione delle emozioni e la loro visualizzazione. In questa prima fase, è importante chiarire le aspettative rispetto al percorso terapeutico, attraverso la chiarificazione e la consapevolezza. Rispetto agli obiettivi condivisi, il contesto del *Servizio Disabili* e del *Progetto di vita indipendente* permette di prospettare un percorso a lunga durata, in base alle evoluzioni e alle necessità che via via emergono durante la terapia. Il progetto permette a M. non solo di accedere al supporto psicologico ma anche quello di accedere alle visite mediche, alla riabilitazione, all’inserimento di un percorso educativo-formativo con possibilità di partecipare a laboratori di vario tipo.

Il confronto è inoltre volto a rendere meno “rigide” le difese, a sostenere il sentimento sociale che possa esprimersi nel contesto della stanza di terapia.

Si decide, in un primo momento, di non sottoporre test particolari ai fini della diagnosi, per evitare che anche il contesto dell'incontro con la terapeuta diventi fonte di preoccupazione, ansia e vergogna.

Solo successivamente sarà possibile effettuare alcuni test, fra cui il TAT, l'Albero, e il Wartegg (\*vedi Appendice).

I primi colloqui sono stati quindi il momento di "incontro" e di avvicinamento, per raccogliere, da un lato, informazioni sulla vita della paziente, sul suo modo di vedere sé stessa e gli altri; dall'altra parte, per creare una relazione che possa essere vissuta con fiducia e sicurezza.

Fin dal primo colloquio vengono identificati da M. i "nodi" che accompagnano la sua vita da un po' di tempo e che vorrebbe risolvere.

#### Venerdì 09.11.2018

- *Nel corso dell'incontro emergono altri aspetti che vengono appuntati per essere approfonditi: parliamo di "crisi di panico" e "crisi di paura" che descrive come due situazioni diverse in quanto avvengono in situazioni di "calma apparente"; per esempio, prima di dormire altre invece in cui si sente sola/agitata.*
- *Mi riferisce di due sogni ricorrenti che faceva un po' di tempo fa: in uno dei sogni è in ospedale dove ha la sensazione di cadere dall'alto; in un altro, invece lei sta bene ed è con un'altra persona che si trova dietro di lei: «Io e una signora stiamo andando in ospedale a trovare un bambino che conosco. È sdraiato sul letto, girato di fianco e con dei tubi. Il bambino so che ha 10/11 anni ed è figlio dell'amica di sua mamma. La signora mi chiede "Ma tu conosci questo bambino?" E io rispondo: "Sì" e il sogno si interrompe. Quando vivevo in Ecuador invece facevo dei sogni "brutti".*
- *Mi porta un documento con l'elenco dei farmaci: verifico che sono farmaci per i reni principalmente e per le crisi epilettiche.*

Nonostante la motivazione per la quale M. viene rinvia al servizio, sia da ricondursi all'ansia provata durante le situazioni di performance e la scarsa autostima, si osserva come da parte della paziente ci sia un'intenzione ad avvicinarsi, e forse a farsi accompagnare, ad un tema

per lei doloroso. Emergeranno poi successivamente altre tematiche importanti: l'impossibilità ad accettare la malattia, le sue conseguenze fisiche e cognitive, che sfocia nel confronto con un Sé ideale irraggiungibile e irrealizzabile; il "nodo" del trauma, il crinale tra un "prima" e un "dopo" che pone interrogativi angosciosi e angoscianti. Il vissuto è quello di sentirsi "confusa", arrabbiata, "in colpa" nei confronti dei propri familiari per quanto accaduto, in ansia rispetto alle proprie capacità e al proprio senso di controllo, a cui si aggancia la paura che possano ritornare le crisi epilettiche.

M. può contare su diverse risorse interne che manifesta durante i colloqui: la "confusione" a cui lei si riferisce in realtà viene affiancata da una profonda consapevolezza di quanto lei sia in grado di fare e sostenere; si osserva inoltre la capacità di gestire l'ansia, di farsi aiutare in situazioni di stress; infine mostra determinazione e intraprendenza.

Inoltre, nonostante la scarsa rete amicale, è inserita in un contesto sociale che le offre un sostegno: a partire dal contesto familiare, dove i genitori sembrano essere presenti, a quello formativo, a quello ludico-ricreativo.

Si decide insieme a M. di partire con l'elaborazione di quelle emozioni che lei sente "ingombranti" in particolare la rabbia, il senso di colpa e l'ansia. L'obiettivo è quindi volto a rendere più flessibili e più stabili le capacità di adattamento e di risposta all'ambiente nonché a facilitare determinati stili di vita rivolti maggiormente alla socialità.

Nell'affrontare insieme il vissuto emotivo, in alcuni casi è indispensabile l'incoraggiamento, l'alfabetizzazione e il contenimento. Attraverso il racconto, si ricostruiscono i ricordi, si fanno emergere i vissuti, si "nominano" le emozioni, si condividono i pensieri.

Si incoraggia a prendere il punto di vista dell'altro, a vedere la realtà da più angolazioni, a "legittimare" i sentimenti che più fanno paura come la rabbia.

Al contempo, si cerca di lavorare sulla relazione terapeutica non solo come contenitore di quanto è doloroso ma anche come luogo "sicuro" in cui sperimentare la relazione con l'altro, provando ad avvicinarsi con fiducia e apertura al confronto, senza giudizio; come luogo dove si possa sperimentare oltre la paura, anche la speranza, oltre la frustrazione, anche il desiderio e il piacere.

## Capitolo 2.

### Il percorso terapeutico: la disabilità



*Ragazza di fronte allo specchio. Picasso, 1932*

Uno dei temi affrontati durante il percorso terapeutico è quello legato alla disabilità, alla malattia fisica e ai cambiamenti conseguenti nella vita di M. . Per la paziente c'è un "prima" e un "dopo", un mondo a colori, dove può correre, esprimersi e sognare, e un mondo "in bianco e nero" dove le limitazioni fisiche e cognitive hanno come congelato ogni tipo di aspirazione. Se da un lato, emerge la forza di volontà, determinata a "ripristinare", almeno in parte, una situazione irraggiungibile, dall'altra emerge la fatica, la frustrazione e la rabbia per la propria situazione fisica. Nel ripercorrere il proprio vissuto emotivo, presente e passato, compare la famiglia entro la quale M. ha spesso difficoltà a trovare "un posto": nei confronti della madre, la quale sembra spesso scoraggiata e preoccupata per la sua situazione fisica, nei confronti del fratello che sembra invece "non vederla", nei confronti di un padre "sullo sfondo". Dalla ricostruzione anamnestica, il subentro della malattia ha comportato alcune difficoltà che la famiglia stessa ha dovuto fronteggiare: i genitori, in particolare la madre, sono stati assorbiti dalle cure e dalla riabilitazione di M., il fratello, trascurato dal punto di vista della paziente,

crescendo, ha iniziato a fare uso di stupefacenti finché, dopo un percorso di psicoterapia, è riuscito a uscirne.

Dalla letteratura, emerge che a seconda del ciclo di vita che la famiglia sta attraversando, si evidenziano in modo diverso le conseguenze sullo psichismo della traumaticità della disabilità. Quando per esempio la diagnosi dell'handicap avviene nei primi giorni di vita, le reazioni che si scatenano riguardano la genitorialità, la coppia, l'appartenenza ad un sistema allargato di famiglie di origine, la comunità sociale. Lo scopo di queste reazioni è di tipo difensivo nei confronti della sofferenza annunciata e dell'angoscia che viene a colpire i soggetti coinvolti. C'è la sensazione di dover lottare contro il tempo e di risolvere al più presto il problema o di limitare il danno.

La malattia di M. subentra in una *fase di transizione*: M. ha dodici anni, ha attraversato l'oceano per raggiungere con la famiglia, il padre, in Italia. La transizione che deve affrontare non solo riguarda lo sviluppo ma anche la cultura, la lingua e la propria identità.

M. viene ospedalizzata durante una fase che potremmo definire "dell'ambivalenza", dove si sperimenta l'indipendenza ma si è ancora dipendenti dai propri genitori: in questa fase, si accede alla dimensione del desiderio, della sessualità e ci si immette nella strada verso l'autonomia.

Quando la disabilità fa parte già della vita dell'individuo fin dalla tenera età, l'handicap per molti ormai è una questione di routine, a questo punto "controllabile". Crescere, diventare adolescente, può voler dire accedere ad un territorio di nuova sofferenza, considerando anche il contesto sociale ricco di stereotipi e pregiudizi sulla disabilità.

Pellizzari (2010) parla di una *seconda nascita in adolescenza*, dove si sperimentano autonomie possibili, e il rischio per gli adolescenti disabili consiste nel non viverla appieno o di non viverla totalmente perché non favoriti dai propri genitori nella capacità di separazione. I figli, in molti casi, sono vissuti dal genitore come un *eterno infans* nel tentativo di cercare un riparo difensivo che protegga (il genitore) dalla riattivazione dolorosa del trauma generativo. In questo caso, le esperienze possibili di autonomia del figlio sono vissute come minaccia al sistema difensivo.



In opposizione, il genitore può negare la difficoltà, adottare un atteggiamento e un tipo di comportamento espulsivo, che ha alla base l'idea illusoria di un figlio completamente autonomo che non ha più bisogno e che se la può cavare da solo.

L'adolescente è impossibilitato nel fare un'esperienza autentica e utile perché permane l'angoscia genitoriale che si tramuta in incapacità a separarsi o al contrario a lasciarlo solo, in continua oscillazione tra i due poli.

M., e con lei la sua famiglia, sperimenta questa transizione in maniera brusca e repentina: il giorno prima la sua vita è "normale" e le sue energie sono investite nel tentativo di inserirsi in un nuovo contesto culturale, nel conoscere e comprendere una nuova lingua, nel creare nuove amicizie e inserirsi nella nuova classe; il giorno dopo si ritrova ricoverata e bloccata in un letto di ospedale, senza memoria, nell'impossibilità di capire se riuscirà a muoversi come prima. Oltre al peso degli eventi traumatici che hanno avuto seguito in quel periodo, dall'ospedalizzazione, al coma, al risveglio, M. sperimenta un cambiamento che la pone di nuovo in una situazione di totale dipendenza.

La presenza di una malattia, di una diversità visibile, di un deficit, può spezzare la continuità dell'essere, del sentire sé stessi, di pensarsi e di desiderare. M. si ritrova quindi deprivata di ogni potere sul proprio destino e "desiderio" significa appunto uscire dal tracciato imposto dal destino (Pesci, 2009) perché il desiderio crea relazioni, legami, in senso esperienziale ed affettivo; dà la percezione della trasformabilità della propria realtà, dà senso alla speranza.

Se tale situazione cade nel rimosso, nel silenzio e nella generalizzazione, può diventare irreversibile, perché con l'accesso nell'età adulta, le differenze si acutizzano e il mancato raggiungimento di autonomie, il mancato inserimento nel mondo del lavoro, l'assenza di relazioni amicali può lasciare spazio al vuoto. Come se "adulità" e "disabilità" fossero agli antipodi ma solo se la persona disabile viene pensata come "eterno bambino" (Gherardini, 2009). L'infantilizzazione si può osservare anche in alcuni "segni" manifesti: nell'abbigliamento e nella cura di sé, nel mancato insegnamento di abilità di autonomia personale, nella risposta sociale "positiva" a comportamenti inadeguati per l'età (Caretto, 2008).

M., da questo punto di vista, può contare su alcune risorse, interne ed esterne, che le consentono di vivere forme di indipendenza ed autonomia come la scuola, il ballo, lo stage,

piuttosto che la possibilità di uscire qualche volta di casa da sola per portare in giro il cagnolino. Sono “piccole e grandi” forme di autonomia che consentono di recuperare l’identità di M. in quanto adulta, per creare un dialogo tra abilità e limiti, autonomia e dipendenza, esperienza e incertezza, piacevolezza e dolore (Pesci, 2009). Pesci evidenzia la *dignità* come precursore della propria identità: deriva dalla *capacità di riflettere su di sé, di scegliere e autodeterminarsi, come protagonisti della propria storia*. Nel recuperare il concetto della dignità, si vuole mettere in evidenza le situazioni di rischio a cui sono più facilmente soggette le persone con disabilità, perché più vulnerabili e meno riconosciute nelle loro autonomie: “i necessari processi di identificazione reciproca, l’empatia indispensabile per potersi riconoscere, richiede atteggiamenti nuovi, implica trasgressione ed un estremo coraggio”. (Pesci, 2009, p.148).

## 2. 1 Adolescenza

L’adolescenza è una fase di sperimentazione dove l’esperienza di rischio traccia nuovi confini, ci si slega dai “vecchi legami” e si mettono in gioco le proprie potenzialità e i propri limiti.

M. fa anche parte di quel gruppo di giovani adulti che hanno affrontato una transizione da una cultura ad un’altra in piena preadolescenza e che quindi sono “chiamati” a compiere una “doppia transizione” o, come definito in una metafora, “un viaggio nel viaggio”; viene detto questo perché l’esperienza migratoria, vissuta direttamente o simbolicamente, comporta un passaggio fisico e mentale da un contesto ad un altro e rende più salienti e impegnative alcune scelte e transizioni tipiche dell’adolescenza, come per esempio: la separazione dal mondo originario primario, il passaggio verso un “nuovo mondo” amicale, sociale, scolastico, etc.; la definizione della propria identità tra passato, presente e futuro. In questo contesto, non si approfondirà il tema della transizione culturale e dell’integrazione dell’identità, ma si vuole sottolineare come per M., ci sia stata non una “doppia” ma bensì una “triplice” transizione, con l’esperienza della malattia e successivamente della disabilità.

L’adolescente disabile ha difficoltà ad affrontare i pericoli di questo viaggio “nell’ignoto”: dai racconti di M., il deficit ha posto diversi limiti che sembrano oggettivi, “tagliandola fuori” da

quelle dinamiche che consentono appunto di sperimentarsi dal punto di vista prestazionale e relazionale. Addirittura, il deficit diventa un'etichetta dalla quale è difficile liberarsi e in alcuni casi, l'altro diventa qualcuno da cui proteggersi.

*«Mi mettevo le parrucche ed ero sulla sedia a rotelle».*

A quel tempo, riferisce che la sua *«testa era più vuota... mi dimenticavo tutto... Ero sempre arrabbiata [...]»*

*«Mi sentivo fuori posto a casa e a scuola»*

Come si colloca quindi l'adolescente disabile all'interno di un contesto di questo tipo?

L'adolescente disabile rappresenta la "categoria debole", colui che non riesce a varcare i confini, e diviene improbabile l'assunzione di un'identità pienamente adolescenziale a causa di una barriera "architettonica" invisibile che lo ricaccia verso una condizione di eterna infantilizzazione.

Mentre l'identità adolescenziale è frammentata, figlia dell'incertezza e della flessibilità di questi tempi, un'identità patchwork (Featherstone, 1994), l'identità del giovane adolescente con handicap, è monolitica, sempre identica, nel tempo e nello spazio; esclusa dalle mutazioni e dalle trasformazioni; in completa opposizione alla pluralità e alla fluidità che caratterizza l'identità patchwork. L'aspetto monolitico della struttura soggettiva vuole la coincidenza tra l'essere e l'identità e non lascia spazio all'incertezza e alla scelta.

Un altro fattore che contribuisce alla "stasi" è dato dalla dilatazione del tempo presente che non permette la capacità progettuale. Caratteristica che in parte accomuna "tutti" gli adolescenti ma, mentre i primi non fanno progetti perché hanno più opzioni e percorsi frammentati dovuti alla richiesta, da parte della società, di maggiore flessibilità, il giovane disabile è pietrificato, non vede orizzonti se non un presente irreparabile.

L'adolescenza è anche il territorio della sessualità e la scoperta dell'erotismo, in un'accezione più ampia e complessa, come piacere di contatto, scoperta del corpo dell'altro in rapporto con il proprio, amore e fondamento biopsichico presente fin dalle origini (Sandomenico, 2010).

Tale argomento viene completamente rimosso dai racconti di M. . Rimane un unico ricordo, quasi emblematico, di un volto di un ragazzo, una immagine superstita dopo il periodo di coma. M., infatti, al risveglio non ricorda nessuno se non il volto di questo ragazzo.

*«... quando sono tornata a casa, mi veniva in mente ma non sapevo chi fosse.*

*[...] Quando sono arrivata a scuola per la prima volta, non sapevo come comportarmi. Mi sono seduta davanti, insieme ad una compagna ma lei mi dice che è occupata, quindi vado nei banchi dietro.*

*Faccio amicizia con la ragazza a fianco e quella davanti.*

*Una volta la mia compagna mi dice: 'Guarda chi ti sta guardando'. Io mi giro per guardare ma lui si volta dall'altra parte.»*

Rimane il ricordo di un volto, un ragazzo con il quale scambia sguardi di interessi. Ma la malattia subentra e diventa indicibile immaginare o affermare che possa esserci stato o possa esserci interesse per l'altro sesso. L'interesse si manifesta nel sogno che viene descritto come un sogno persecutorio.

*«Se non lo vedevo, lo sognavo. Se lo sogno poi lo incontro.»*

La sessualità non viene concepita per la persona disabile perché spaventa, suscita inquietudine perché pone chi assiste di fronte al rimosso, e anche in questo caso, si traduce, a livello sociale, nell'imposizione e nel controllo.

Se la psicoanalisi è riuscita, in parte, a smontare la rappresentazione del bambino come asessuato, così non è avvenuto per il "bambino disabile" e per l'adulto disabile che viene concepito come un *eterno infans*: se da un punto di vista fisico, si avvicina sempre di più alla rappresentazione dell'adulto, da un punto di vista psico-affettivo è di tipo infantile, perché dominato da una situazione di dipendenza. In questa fase, la sessualità rappresenta una delle espressioni più evidenti del processo di *separazione* e *individuazione*. Rimuovere la sessualità,

che rappresenta uno dei compiti evolutivi dell'adolescenza, può non far accedere ad una matura strutturazione della vita affettiva.

Lo scacco evolutivo, la frustrazione che ne consegue, può comportare l'innalzamento di difese e modalità comportamentali disturbanti la relazione con l'altro. Secondo Gindro (1993), la frustrazione dell'originario bisogno d'amore porta a *due meccanismi di difesa*: il *narcisismo* e il *sadomasochismo* e possono emergere comportamenti patologici connotati da esibizionismo o aggressività (Sandomenico, 2010). Il rischio secondo Gindro (1993) è che l'Altro venga negato e diventi unicamente spettatore sottostante la volontà dell'Io; in altri casi invece, l'Altro non viene negato ma lo si cerca come vittima o aggressore, cosicché la frustrazione data dalla mancanza possa essere soddisfatta da un rapporto disturbato, doloroso ma comunque intenso. Nel caso di M., non vi è una totale rimozione in quanto nell'ultima fase del percorso terapeutico, è stata recuperata quella dimensione, anche nell'accezione più dolorosa. Si trattava quindi di recuperare quella dimensione per integrarla nell'immagine di Sé: un'operazione complessa che è stata toccata solo in parte e che avrebbe necessità di cura e attenzione.

## 2.2 Davanti allo specchio: io e l'Altro

“L'Altro è il principio e la possibilità di ogni consapevolezza. D'altronde, più volte abbiamo affermato che il processo di conoscenza di noi stessi non può avvenire se non attraverso l'incontro con l'Altro, con la realtà” (Grandi, 2019).

Durante uno dei più recenti incontri, nella modalità online a causa della situazione di lockdown, M. riprende un tema spesso affrontato, da punti di vista differenti, sulla sua diversità:

*«Allo scientifico, ero intubata e i miei compagni hanno fatto subacquea a Santa Margherita. Andare sotto sarebbe bellissimo.*

*Io sono diversa ma vorrei fare come tutti gli altri.»*

Mi riferisce che durante il laboratorio di educazione fisica a scuola si è trovata in difficoltà ad affrontare alcuni giochi ed esercizi. Di fronte alla difficoltà, l'insegnante l'ha rassicurata dicendole di "fare come può".

Nel corso di quel pomeriggio, un suo compagno però la mette di fronte alla sua difficoltà e alle sue insicurezze.

*«'Perché non corri?' e lo sento dire ad altri compagni: 'Lei non fa quello che fanno tutti gli altri.'»*

Successivamente lo stesso compagno le chiede se ha un problema alla mano e lei gli spiega il suo problema, di fronte al quale il ragazzo si scusa.

*«La gente non capisce quello che ho. Le amiche di mia mamma non sanno quello che ho. Non si vede la mia paralisi. E poi mi dà fastidio quando dicono "Mi dispiace" o "Poverina".*

*A scuola mi fissavano, parlavano di me, me lo riferiva il mio amico Guglielmo. Con lui mi sentivo più sicura perché mi trattava come una ragazza.*

*Nel mio piccolo mondo, ho imparato di chi fidarmi e di chi no.»*

Se da una parte M. sperimenta a casa un contesto in cui è difficile uscire dalla sua malattia, che diventa centro delle preoccupazioni familiari, facendola sentire in alcune occasioni "in gabbia", senza possibilità di uscita, dall'altra M. teme il contesto sociale che non sempre le rimanda un'immagine positiva di sé.

L'individuo non può senz'altro prescindere dal contesto relazionale e sociale in cui si trova. Freud (1921) sostiene che "nella vita psichica del singolo, l'altro è regolarmente presente come modello, come oggetto, come soccorritore e come nemico". In adolescenza soprattutto, il giudizio dell'altro è importantissimo in quanto permette di capire come la rappresentazione di sé stessi coincida o meno con quella che gli altri hanno di noi e questo costituisce un passaggio fondamentale per la costruzione della propria identità. Si potrebbe dire che l'Altro funzioni come uno specchio in cui riflettersi: "Nell'immaginazione noi percepiamo nella mente altrui pensieri sulla nostra immagine, sui nostri modi, sui nostri ricordi, sulla nostra realtà, sul nostro

carattere, sui nostri amici, e così via, e ne siamo influenzati” (Cooley, 1902). “L’individuo ha esperienza di sé stesso in quanto tale non direttamente bensì solo in modo indiretto, in base alle particolari opinioni degli altri individui dello stesso gruppo sociale, o in base alla opinione generale del gruppo sociale (in quanto totalità) alla quale appartiene” (Mead, 1934) riferendosi in particolare, alle persone appartenenti a categorie sociali stigmatizzate. Pertanto, la formazione dell’identità di M. risente delle relazioni che costruisce con gli altri, con la società e le categorie sociali nelle quali si sente di appartenere. Questo potrà incidere sull’autostima e sulla valorizzazione della stessa identità, sociale e culturale.

Il rischio, in questo caso, è che il soggetto possa sentirsi inferiorizzato e non sappia riorganizzare i vissuti legati alle sue esperienze di vita. Perché per la persona disabile, succede che spesso siano gli “Altri” a scegliere per lui o per lei, in questo caso per M., non vi è la possibilità di comprendere ed agire, di costruire decisioni pratiche dell’esistenza. Per riappropriarsi della propria autonomia, la responsabilità è un principio esistenziale e riguarda anche le piccole cose (Goussot, 2009).

M. sperimenta, in prima età adulta, il desiderio di una maggiore autonomia, vorrebbe affacciarsi al mondo del lavoro e alla realizzazione di sé. Nella realizzazione della propria esistenza, i tre compiti vitali non sempre sono pienamente soddisfatti. L’identità adulta, in una condizione di “normalità” si declina nella vita sessuale e nella vita professionale; in un contesto sociale come quello attuale, più frammentato e fluido nei suoi percorsi, potremmo invece parlare di diversi tipi di adultità e quindi anche per la persona disabile che però, come assunto di base, deve essere inclusa e riconosciuta nel gran “teatro della vita” e pertanto “immaginato (rappresentato) nella mente degli altri come capace e adatto ad interpretare i ruoli per i quali si propone” (Goussot, 2009, p. 93).

Secondo Goussot, c’è quindi da domandarsi come la persona sia stata immaginata da bambino e poi da adolescente; quali siano state le aspettative; se c’è stata una *reverie*, citando Bion, da parte delle figure di riferimento. La famiglia in questo caso gioca quindi un ruolo fondamentale nell’incoraggiamento del figlio o della figlia verso l’esterno e la fiducia verso gli altri.

Il divenire adulti significa migliorare nel movimento di separazione e individuazione:

*«[...] ho deciso di rifiutare il ruolo di 'figlio handicappato di mia madre'. [...] Riflettendoci, credo di aver vissuto la mia sessualità con una intensità e bellezza tali... nonostante la mia evidente disabilità, anzi forse tanto più intensamente e liberamente, di indipendenza, di distanziamento.»*

*(Gherardini, Branca, 2004, p.42)*

Si tratta di un processo lungo e faticoso nell'ambito della disabilità dove i genitori, insieme ai figli, si devono sottrarre da un modello di accudimento protettivo e rimanere in bilico, meglio se in equilibrio, fra due poli: la ricerca della massima autonomia possibile, priva di interferenze, e il supporto indispensabile in alcune aree di quotidianità.

La terapia può servire in questo contesto, attraverso il rinforzo dell'Io, per lavorare sulla relazione con l'Altro, lavorare sulle finzioni mentali che portano ad una distorsione sul modo di considerare non solo la relazione con sé stessi ma anche con gli altri e con la gestione di situazioni relazionali critiche e le emozioni. Per Adler, l'essere sociale è una necessità dell'essere umano, in quanto "Il grado più alto dell'isolamento è rappresentato dalla pazzia" (Adler, 1962). Barricarsi nelle proprie difese e nelle proprie finzioni si traduce nella rigidità dell'Io "chiuso nella sua intollerante autosufficienza" e incapacità di confrontarsi (Grandi, 2019).

L'Altro è un indispensabile rimando e il terapeuta "educa" la persona a cogliere l'Altro per riconoscere sé stesso (Grandi, 2019).

M. nel contesto delle sedute, mi porta spesso sogni che riferiscono alla relazione con l'Altro:

*M. mi riferisce di aver sognato un amico che studiava in una classe diversa nel suo paese ed erano amici.*

*«Anche lui ora è in Italia ma non siamo tanti amici.*

*Nel sogno mi trovavo a Recco in passeggiata e stavamo parlando di qualcosa. Eravamo noi due e stavamo scherzando. È stato un sogno piacevole [...]*

*Nel secondo sogno mi trovavo in una casa. Era una casa con una stanza dove io stavo in piedi dove guardavo tutto e c'era lui (un ragazzo che riferisce la fissasse quando era alle medie e poi alle superiori) era seduto che mi fissava. Lui è seduto su un letto [...]*



*Nel terzo sogno, ricordo bene il posto in cui ero ma so di essere in Spagna. Eravamo in tre: io e due amici, fratelli che vivono in Spagna (hanno anche una sorella), parlando in spagnolo di noi e dei posti. È stato un sogno bello»*

E ancora qualche seduta più tardi, racconta di un sogno che coinvolge due amici del passato, Kevin e Gabriel:

*«[...] mi trovo in un posto all'aperto, una passeggiata in città.*

*Stavamo camminando allo stesso livello. Era la prima volta dopo tanto tempo che ci vedevamo... è partito subito (il sogno), che stavamo camminando. Non mi vedevo e non vedevo nemmeno loro.*

*Le persone del sogno non le vedo da dodici anni. Sono persone che mi piacerebbe rivedere ma allo stesso tempo no perché sono insicura... quando sono andata in Spagna, mio papà voleva portarmi da una zia ma io non volevo e non volevo incontrarli...»*

M. riporta quattro sogni diversi dove vengono riportate situazioni di relazione. Si osserva in tutti i casi una relazione statica, non dinamica, spesso in un contesto “all’aperto”. I sogni avvengono nel periodo di lockdown quando non c’è molta possibilità di uscire e fare passeggiate fuori dal comune di appartenenza.

Senza avere lo scopo di delineare un’interpretazione del sogno, cerchiamo di approfondire il sogno, ricostruendone i dettagli, i collegamenti e gli eventuali significati ricordando che: “L’interpretazione del sogno, inoltre, non deve essere un’attività dogmatica svolta dal terapeuta, ma deve essere partecipata in continuazione al paziente, deve scaturire dalla sua collaborazione con il terapeuta” (Fornari, 1977).

Il sogno, come “regno della fantasia”, è per Adler “...parte dello stile di vita individuale, lo caratterizza, e nello stesso tempo lo configura come preso dal movimento psichico, come una di tutte le altre componenti della vita psichica e porta in sé l’impressione della legge dinamica individuale” (Adler, 1997).

Rispetto all'ultimo sogno, emerge il particolare che lei e i suoi amici camminano uno a fianco all'altro, ma lei non riesce a vedere i volti; stanno parlando, stanno bene senza alcun particolare sui contenuti o gli argomenti dei loro scambi. Emerge anche la sua posizione rispetto al sogno in quanto lei si vede da un punto di vista esterno. Infine, colpisce il riferimento ai "dodici anni", un numero significativo rispetto alla malattia.

Nella ricostruzione, emerge infatti quanto riportato di seguito:

*A questo proposito racconta di un suo amico che le ha chiesto "di vedersi su chat... G. non lo vede da dodici anni...due anni fa si è trasferito in Spagna...*

*«L'ho sentito quattro anni fa... ero felice ma poi ho deciso di non farmi vedere... (gli ha solo scritto). Dopo quello che è successo, è complicato con le altre persone».*

“Le prestazioni della fantasia portano l'impronta dello stile di vita, perciò ci aiutano a capire come è fatta e come funziona la mente. [...] L'unità della vita psichica rimane inalterata anche nel sonno...” (Adler, 1997).

Il sogno sembra quindi rappresentare la sua difficoltà a vedersi e allo stesso tempo a vedere l'Altro, rievocando al contempo il momento di segregazione della malattia, parallelamente a quello vissuto durante il lockdown.

Ricostruendo il sogno, emergono altri collegamenti, per esempio in riferimento al secondo ragazzo, Kevin. Emergono alcuni ricordi in cui lei fa difficoltà a farsi rivedere e alla sensazione di disagio che prova nel rivederlo dopo la malattia:

*«Kevin si è trasferito a Genova... stava facendo fisioterapia a Quarto e lo ha visto e l'ho incontrato... C'era un signore seduto, il papà di K., l'ho visto ma non riusciva a riconoscerlo... (2014)*

*L'anno successivo K. e i suoi genitori sono venuti a casa per dare una mano nel trasloco.*

*Odiavo me stessa... mi sentivo fuori posto... Ero molto magra, pesavo 35 kg, camminavo con tanta stanchezza... camminavo con il bastone. Volevo nascondere la mia debolezza.*

*L'ho rivisto una volta alla Fiumara (centro commerciale) ma è stato difficile»*

L'insicurezza, la scarsa autostima così come la finzione di “bastare a sé stessi” rischia di condurre al ritiro sociale e all'impermeabilità alle relazioni, condannando ad essere ciechi e selettivi (Grandi, 2019).

Infatti “[...] dobbiamo riconoscere che il problema di oggi non è la troppa permeabilità, casomai è l'impermeabilità. In particolare, se l'Altro si porta addosso le stimmate di dolore (handicap, povertà ...), la nostra permeabilità si riduce ancora di più” (Grandi, 2019).

Il lutto della malattia può in questo contesto diventare paralizzante, inaridire, spezzare il moto del desiderio e barricare nel solipsismo. Incoraggiare a progettare, esplorare la dimensione del desiderio, passando anche nella dimensione della paura e della fatica, può far ripartire il motore della speranza che “permette di non perdere la rotta, la direzione della vita, mi consente di fidarmi e di affidarmi, di guardarmi allo specchio e di trovare un significato alla mia figura e alla mia azione di vita”.

### **2.3 I colloqui psicologici e il tema della disabilità**

“I terapeuti non hanno scritto molto sugli aspetti imm modificabili della psicologia delle persone. Quando lavoriamo con qualcuno in psicoterapia ci focalizziamo su quello che può essere cambiato perché siamo pagati come agenti di cambiamento” (McWilliams, 2002). È dunque importante per McWilliams, identificare e riconoscere quegli aspetti che non possono essere modificati (malattie, caratteristiche genetiche, etc.), ovvero quelle “dure realtà” che pongono un limite all'agire terapeutico. Alder nel 1917, in “Neurotic Constitution” scrive: “Il senso di inferiorità somatica che viene suscitato nell'individuo da uno degli organi diventa un fattore permanente del suo sviluppo psichico”, riconoscendo quindi un legame diretto e reciproco tra *soma* e *psiche*, dove alcuni presupposti corporei, che possono condurre ad un'inferiorità organica, sono imm modificabili. Il concetto di *inferiorità d'organo* ha offerto diverse intuizioni terapeutiche (Hillman, 1983):

- che l'inconscio è il "patire un'inadeguatezza" e che si produce dal difendersi dal "sentirsi inferiori";
- che l'anima è nei sintomi perché richiamano alla nostra inferiorità [..].

L'inferiorità si palesa nel nostro modo di pensare dove si cerca di "tenere a bada" il *sentimento di insicurezza* attraverso alcune *costruzioni mentali*, prodotte dalla psiche che si offrono come *finzioni-guida*, fantasie che guidano il modo di percepire il mondo (Hillman, 1983).

Solo attraverso il riconoscimento del limite e l'accesso alla dimensione del lutto e della perdita, sarà possibile incoraggiare l'adattamento e lo sviluppo di strategie atte a *compensare* realtà imm modificabili e, allo stesso tempo, sarà possibile superare il diniego, le *finzioni semi rafforzate* o *rafforzate* che allontanano l'individuo dal *sentimento sociale* e che, attraverso il sentimento di onnipotenza, contribuiscono a creare *mete* al di là delle capacità e risorse dell'individuo (Gagliano, 2019).

"Avere degli obiettivi ragionevoli è un fattore critico per il successo di qualsiasi terapia" (McWilliams, 2002). La possibilità di condividere con il paziente le ipotesi, di vedere il terapeuta nominare aspetti anche molto dolorosi, contribuisce ad avviare il processo di elaborazione del lutto. Il terapeuta d'altro canto potrebbe evadere quegli argomenti "così scottanti" perché forse non è in grado di fornire un'onesta empatia, poiché non ha vissuto direttamente esperienze simili, oppure perché tale confronto può riattivare i sentimenti di invidia e di odio del cliente nei suoi confronti (McWilliams, 2002).

Altro elemento critico per la psicoterapia è il senso di impotenza (che talvolta è accompagnato dal suo versante opposto): il senso di impotenza non è tanto legato all'entità dell'evento frustrante quanto dal vissuto personale e dalla propria reazione sull'evento (Zecca, 1982). La perdita di controllo favorisce il senso di impotenza, la passività nei rapporti sociali, il basso livello di autostima, la difficoltà a controllare l'ansia.

Il tema della disabilità e in particolare del "limite" corporeo, fisico, e cognitivo, emerge durante i colloqui con M. . In particolare, si osserva come M. rappresenti spesso il conflitto fra la forza di volontà e il proprio corpo. Tale conflitto, viene poi rappresentato "simbolicamente e non"

quando il corpo diventa “padrone” nei momenti di stress provocando problematiche relative all’ansia.

Spesso si osserva in M., la propensione ad immaginare e desiderare mete al di sopra delle proprie capacità, spesso accompagnata dall’esternazione di un forte senso di inferiorità.

*«Prima facevo mille cose e non mi stancavo. Prima ero al 100%, ora al 50%»*

In alcuni contesti il conflitto viene a crearsi con l’Altro in quanto spesso viene rappresentato come colui o colei che non capisce e non può capire la sua situazione. In questo contesto, la malattia è un “macigno” che grava sul proprio destino e l’esortazione a tentare di avvicinarsi ai propri obiettivi viene letta come un’incomprensione rispetto al proprio stato.

*«Sono andata a casa della fidanzata di mio fratello.»*

*Si è confidata con la sorella della fidanzata sui suoi sogni di fare la scuola e del professore che gli diceva che avrebbe dovuto rifare la prima superiore...*

*«...ed io piangevo. [..]*

*Volevo dare questo orgoglio di merito, ho sempre studiato per non essere mai bocciata.*

*È come se tutti i sogni fossero spariti.*

*Non la può vivere questa situazione (riferendosi alla sorella)»*

Talvolta il conflitto viene rappresentato da ruoli autorevoli come la madre che la esorta a stare più attenta nei movimenti, a non cadere e dalla fisioterapista che invece la incoraggia ad essere più autonoma. Di fronte a questi scambi, M. racconta di non riuscire ad esprimersi, se non alla fine per “esplodere” in alcuni crisi di rabbia.

La continua oscillazione tra il senso di impotenza e di onnipotenza viene rappresentato anche durante la seduta di terapia, nelle contraddizioni sulle proprie capacità e sui propri limiti, nella rappresentazione degli scambi che avvengono durante la quotidianità.

L'obiettivo condiviso con M. è anche quello di connettersi con le parti più emotive che spesso sembrano non avere sfogo o vengono immediatamente congelate. L'ascolto empatico insieme all'incoraggiamento diventano fondamentali negli incontri per un avvicinamento al mondo interno di M., alle sue preoccupazioni ma anche ai suoi desideri, realizzabili e condivisibili. Ci si avvicina all'indicibile, a ciò che non può essere verbalizzato perché "fa male" ma se qualcuno lo dice, diventa più accessibile:

*Allo stage, conosce una volontaria, una psicologa, che le chiede, di fronte al professore che l'ha accompagnata, cosa le fosse successo. Il professore le chiede se, se la sente di parlarne e lei le spiega.*

*«La signora era gentile ma mi sono detta "ora mi tocca parlare"»*

*Inoltre, la psicologa le chiede se lei avesse accettato la sua malattia. Questa domanda se da un lato la stupisce, dall'altro la fa riflettere sul fatto che lei non riesca ad accettarsi, soprattutto fisicamente, per esempio nel movimento*  
*«...e me la prendo con i miei»*

M. sperimenta durante il proprio sviluppo, un cambiamento "traumatico" nel corpo, che la pone, soprattutto all'inizio della malattia, in un nuovo stato di dipendenza.

La presenza di una malattia, di una diversità visibile, di un deficit, può spezzare la continuità dell'essere, del sentire sé stessi, di pensarsi e di desiderare.

Si tratta quindi di "riaccendere" la spinta al desiderio attraverso l'ascolto, l'incoraggiamento, l'espressione delle emozioni e al contenimento in terapia, perché il desiderio crea relazioni, legami e dà la percezione della trasformabilità della propria realtà, dà senso alla speranza.

Attraverso l'ascolto di sentimenti dolorosi e lo spostamento dal "rimosso", può incentivare atteggiamenti e comportamenti positivi verso sé stessi e il mondo all'esterno.

Durante la terapia, ci si è avvicinati al mondo di M., alla sua quotidianità, ai dubbi e alle problematiche che riguardavano il mondo della scuola, delle amicizie, della famiglia, dei suoi

hobby e dello stage. Questo “accompagnamento” alla vita più “pratica” ha avuto sempre al centro il dialogo tra abilità e limiti, autonomia e dipendenza, esperienza e incertezza, piacevolezza e dolore. Da questo dialogo potrà derivare la capacità di riflettere su di sé, di scegliere e autodeterminarsi, come protagonisti della propria storia.

Alla base di questo dialogo costruttivo c’è anche la consapevolezza che l’autostima e la salute emotiva poggiano sull’*integrità corporea*: Freud nel 1923, in “L’Io e l’Es”, afferma che il “primissimo” senso dell’Io è quello dell’*Io corporeo* e la sensazione fisica della corporeità del Sé.

Adler, in “Studio dell’inferiorità organica” (1907), anticipa la concezione moderna per cui psiche e soma si influenzano vicendevolmente, dapprima approfondendo come la condizione di *inferiorità* di un organo venga compensata dall’attivazione di altri organi: “Spesso organi menomati, l’educazione viziante o la trascuratezza inducono i bambini a perseguire mete di superamento concrete che contrastano sia col benessere del singolo sia con l’evoluzione dell’umanità” (Adler, 1997). In “Senso della vita” Adler approfondisce il “complesso di inferiorità” che viene definito come una “sofferenza positiva” che dura fino a quando non viene soddisfatta una tensione.

“La vita, cui presiede la legge dell’autoconservazione, possiede anche la forza e la capacità di provvedere al suo sviluppo biologico” attraverso “una indispensabile ribellione contro il continuo sentimento di inferiorità”.

“Quando l’integrità corporea di una persona è compromessa da un incidente, dalla vittimizzazione o dalla patologia, è necessario elaborare un lutto se si vuole evitare la depressione. Quando un terapeuta lavora con una persona affetta da disabilità o da una malattia cronica, riconoscere il significato di questo fattore è un’operazione critica per lo sviluppo della relazione terapeutica” (McWilliams, 2002).

Come illustra l’autrice, il terapeuta ha il delicato compito, da un lato, di non cedere alla compassione che il paziente potrebbe percepire come “pietà umiliante”, dall’altro, incoraggiare il paziente ad abbandonare lo stile finzionale con il quale molte persone affrontano le limitazioni fisiche. In questo ultimo caso, il *sentimento di inferiorità*, che caratterizza la vita psichica, viene a rafforzarsi negativamente sino al livello di *complesso di inferiorità* e generando sistemi

difensivi fortificati e *compensazioni negative* (Adler, 1912) e il diniego può essere non funzionale alla quotidianità, alla vita e alla propria salute.

Nel caso di M., il meccanismo di difesa viene da lei stessa rappresentato come una “nebbia”, una confusione fra ciò che le è possibile o non le è possibile fare, fra i suoi sentimenti di rabbia e di estraniamento al piacere. La stanza di terapia diventa quindi il luogo per dare forma e significato a ciò che spesso viene taciuto, dal sentimento di vergogna, alle paure, alla sofferenza per il proprio corpo che non tornerà mai più come prima.

Nel contesto di una seduta M. mi fa notare che lei non potrà più utilizzare le scarpe con il tacco, facendo riferimento a quelle che in quel momento sto indossando.

La situazione è stata difficile da sopportare in quanto ho percepito che la stavo ferendo come spesso le succede muovendosi nel mondo, ma si è rivelato un momento di grande valore in quanto ha avuto l’opportunità di essere onesta rispetto al suo senso di frustrazione e alla rabbia. È stata l’occasione anche per entrare nello specifico delle calzature da lei indossate, alla possibilità di riceverne un paio nuove più di suo gradimento e quindi alla sua capacità ancora “viva” di agire per modificare ciò che le è possibile modificare.



## Capitolo 3.

### Il percorso terapeutico: il trauma

*«Le parole sono,  
nella mia non modesta opinione,  
la nostra massima e inesauribile fonte di magia ...»  
Albus Silente, in "Harry Potter e i doni della morte" (J.K. Rowling)*

Un'altra cornice in cui si inseriscono le riflessioni, i vissuti e i racconti di M., è quella del trauma che nello specifico della paziente, sembra non essere stato adeguatamente elaborato.

In "Introduzione alla psicoanalisi", Freud (1917) scrive che quando un trauma "scuote quelli che erano stati fino ad allora i fondamenti della sua esistenza, un individuo subisce una tale scossa da perdere ogni interesse per il presente e il futuro, da rimanere assorbito psichicamente dal passato in maniera durevole".

Ulteriori studi sono stati condotti successivamente riconoscendo un'elevata prevalenza di psicopatologie connesse al trauma (esempi eclatanti si osservano fra i sopravvissuti dei campi di concentramento, della guerra del Vietnam, del terrorismo, etc.).

Il manuale diagnostico psicodinamico (PDM e PDM2) riconosce il *disturbo post-traumatico da stress* come costituito da un ampio spettro di condizioni complesse e sfaccettate con differenti livelli di interferenza e diversi significati per l'individuo che ne è affetto.

Il trauma viene descritto come "conseguenza di circostanze naturali o di agiti da parte dell'uomo; come unico evento conclamato o ripetuto e cumulativo", che si configura "in modo acuto e macroscopico o anche agire quasi sotto soglia"; può produrre "danni differenti in base alle caratteristiche degli eventi, a quelle delle vittime (età, aspetti psicologici temperamentali e caratteriali, predisposizione genetica, modulazione epigenetica, resilienza, esperienza), al funzionamento dei caregiver, alla disponibilità di sostegno sociale, conforto, consolazione" (Laguzzi S., Marconetto F., 2018).

Il trauma interrompe il flusso della vita quotidiana, sociale, emotiva, così che il mondo venga percepito lontano e diventa impossibile accedere alla dimensione del senso e del significato.

“Le esperienze traumatiche lasciano tracce [...] nella quotidianità, all’interno delle nostre famiglie, [...], nella mente e nelle emozioni, nella nostra capacità di gioire e di entrare in intimità e, persino, nella biologia e nel sistema immunitario” (Laguzzi S., Marconetto F., 2018).

La risposta al trauma varia a seconda dello stato fisico e mentale del soggetto, delle risorse della sua personalità e degli effetti della precedente storia traumatica. Inoltre, sono state fatte delle distinzioni molto importanti tra trauma catastrofico, shock, trauma cumulativo, sovraccarico emotivo; tra i traumi che si manifestano nella prima infanzia, nell’infanzia e nell’età adulta; tra la natura dell’evento traumatico, il processo traumatizzante e la risposta soggettiva a esso.

Gli stati affettivi connessi al trauma includono sia sentimenti ingestibili e soverchiati (compresi rabbia, terrore e vergogna per essere stati traumatizzati) sia la dissociazione degli affetti (ottundimento, senso di vuoto e incapacità di connettere i sentimenti disturbanti con gli eventi che li hanno generati).

I pattern relazionali possono includere dei cambiamenti nel modo di rapportarsi con altre persone, dovuti a una riduzione della fiducia in sé stessi e a un aumento dell’insicurezza, nonché stati di ottundimento, ritiro, rabbia cronica e senso di colpa.

L’evento traumatico della malattia irrompe nella vita della paziente come improvviso e inaspettato. Le conseguenze sono sia sul piano fisico che sul piano psichico. Il trauma colpisce in primis il corpo che viene leso, “ospedalizzato”, trattato, e poi sul piano cognitivo, emotivo, e psicologico. Di fronte alla malattia e all’ospedalizzazione, M. deve aver vissuto una forte sofferenza, non solo fisica ma anche psichica che si traduce nel vissuto di ansia, paura e angoscia, ritrovandosi impotente di fronte ad un evento imprevedibile e sconosciuto. La difficoltà è attribuire senso e significato a ciò che sta accadendo, in un momento in cui è difficile verbalizzare la paura della morte. A questo proposito ricordo di come M. rievoca, durante le sedute, il suo stato di agitazione in ospedale che non veniva verbalizzato ma agito.

Ci si può chiedere cosa sia avvenuto nella continuità esistenziale del Sé di M., dodici anni compiuti, che ha subito un’esperienza di ospedalizzazione. In questi casi, il microsistema viene sconvolto, si possono provare emozioni forti, talune difficili da verbalizzare; l’esperienza può venire depositata nella memoria implicita di tipo corporea se il “sistema adulti” non farà da contenitore; il corpo, come contenitore, viene visto, ispezionato, toccato, invaso, senza

chiedere il permesso; il corpo rischia quindi di essere sollecitato anche in futuro per le forti radici che si riattualizzano (Peronace e Caudana, 2019). Per far sì che questo non avvenga, è indispensabile il “sistema adulti”, nei confronti dei più piccoli, in grado di accudire, contenere e dare significato all’esperienza vissuta.

Ma anche la famiglia è soggetta all’esperienza di malattia e di ospedalizzazione: il mondo adulto può reagire con senso di colpa, paura, senso di inadeguatezza e disorientamento; di fronte all’angoscia e alla paura della perdita, anche gli adulti possono avere difficoltà ad integrare l’esperienza, creando ulteriori difficoltà al bambino.

Allargando il focus, la malattia subentra in un momento e in un contesto particolare, quando M., insieme alla sua famiglia, si trasferisce dall’Ecuador in Italia per ricongiungersi al padre; la paziente, di appena dodici anni, ha appena iniziato a frequentare la scuola italiana, sta iniziando a compiere quel faticoso percorso di “transizione” che molti giovani ragazzi e ragazze di origini sudamericane si trovano a dover affrontare arrivando in Italia per motivazioni analoghe: lasciare il paese di origine, gli affetti, approdare in un nuovo continente con modi di vivere, usanze, lingua diverse.

*Si ricorda di essere partita alle 6 del mattino il 1° maggio del 2008. Erano partiti verso l'aeroporto tutti: parenti, amici, amici di mamma, vicini, per salutarli.*

*Piangevano tutti, anche lei.*

*Arrivano a Milano il giorno successivo, sempre al mattino presto e c'erano le zie, lo zio e il padre ad aspettarli. Era contenta per il nuovo posto, la nuova lingua.*

*Era contenta per rivedere il padre. Rimane stupita quando la salutano con due baci [..]*

*...pensava che sarebbe alla fine rimasta in Ecuador e si era iscritta al college con la cugina ed era felice perché avrebbe potuto fare la cheerleader. Era pronta quindi per iniziare la scuola in Ecuador.*

Nel racconto di M., il viaggio in Italia, se da un lato ha comportato sofferenza, il sentirsi “traditi” dalla madre che ha annunciato la partenza solo pochi giorni prima, dall’altro, viene ricostruito come opportunità per conoscere nuovi posti e sognare una nuova vita fatta di studio e viaggi all’estero. Tutto però viene messo “sottosopra” perché la malattia irrompe e stravolge la vita

di M. e quella della sua famiglia: dall'ospedalizzazione al coma; dalla perdita della memoria alla temporanea cecità; dal non riconoscere i propri cari alle crisi di rabbia. Fino a che, una volta uscita dall'ospedale, si ritrova a dover ricostruire il proprio presente, prima ancora del proprio futuro, operazione non semplice in quanto da un lato si ritrova a dover "ricostruire i pezzi della propria memoria", dall'altro prende consapevolezza di difficoltà che prima non aveva; infine, ma non ultimo, M. si ritrova a dover ricostruire la propria immagine corporea determinata dalle nuove risorse fisiche disponibili (la perdita dei capelli, la disimmetria oculare che viene poi ripristinata con un'operazione, le difficoltà motorie, la semiparalisi).

Nonostante l'obiettivo della psicoterapia intrapresa con M., abbia come obiettivo quella di supportarla e sostenerla nei vissuti di ansia e preoccupazione, si è poi constatato che la domanda implicita della paziente fosse quella di ripercorrere e ricostruire il senso e il significato di quell'evento, da molteplici punti di vista. La paziente spesso si rappresenta, di fronte all'argomento della malattia, in uno stato di "confusione", che ricorda il concetto di "numbing" (in italiano ottundimento), dove per lei è difficile ricollocare temporalmente e contestualmente l'ordine degli eventi, in primis, e di recuperare anche la parte più emotiva, dapprima difendendosene e poi esplicitandola quando l'alleanza terapeutica sembra essere più forte. La "confusione" che lei menziona, la porta a percepirsi talvolta come distante sia dal mondo "prima" (della malattia) sia dal mondo "dopo" come se fosse per così dire, rimasta agganciata a quel punto nevralgico dell'anno 2008.

Van Der Kolk (2015) parla della *dissociazione* come essenza del trauma. "L'esperienza travolgente è divisa e frammentata, così che emozioni, suoni, immagini, pensieri e sensazioni fisiche, legati al trauma, assumono una vita propria".

I sentimenti associati al trauma generato dall'evento traumatico sono quelli della vergogna e del senso di colpa. Per quanto riguarda la vergogna, la paziente manifesta questo tipo di sofferenza, a causa del senso di inferiorità che prova nelle situazioni di performance o di gestione di attività quotidiane.

Il senso di colpa non sempre viene ricondotto ad una colpa "fenomenicamente osservabile": è possibile in questo caso, sentirsi in colpa per la sofferenza provocata ai familiari per una propria minorazione fisica; in questo caso, il senso di colpa che è di tipo "punitivo" ha una funzione

difensiva in quanto si assume una posizione “attiva”, in contrasto con la propria situazione di “inferiorità fisica”, assumendosi la responsabilità di aver arrecato danno all’altro.

Con il percorso terapeutico, si è cercato quindi di prendere consapevolezza anche di queste emozioni, connesse con il trauma, dando la possibilità di “sentirsi” e “osservarsi”. Le impronte del passato sembrano infatti influire sui comportamenti, le reazioni della paziente (come, per esempio, rievocare ricordi attivati da trigger, piuttosto che ricercare anche nella fantasia esperienze al di là delle proprie capacità fisiche): il trauma viene quindi rimesso in atto senza che vi sia consapevolezza.

“La sfida non è imparare ad accettare le cose terribili che sono accadute, ma imparare a ottenere la padronanza sulle proprie sensazioni interne e sulle emozioni. Percepire, nominare e identificare ciò che sta succedendo all’interno di noi è che il primo passo verso la guarigione” (Van Der Kolk, 2015).

### 3.1 Emozioni

Nella rappresentazione della sua storia di vita dove c’è un “prima” e un “dopo”, M. descrive un mondo (il “prima”) “a colori” e un mondo (il “dopo”) in “bianco e nero”. Spesso lei avverte di vivere in bilico fra queste due dimensioni in quanto dal primo è difficile sganciarsi mentre il secondo è quello vero e reale a cui è difficile accedere.

Diventa quindi difficile comprendere sé stessa e parla di una “confusione” di ciò che sente e tra ciò che è giusto o meno fare per sé stessa. M. fa risalire questo stato di confusione alla sua malattia che all’inizio, e poi dopo, ha comportato diversi cambiamenti nel sentire, percepire, e nel padroneggiare il proprio corpo, i propri ricordi e le proprie emozioni. Riferisce infatti la temporanea perdita della vista, l’impossibilità a muoversi, l’incapacità di ricordare, l’assenza di emozioni, come...

*«[...] se fossi paralizzata. E c'è una parte di me che è ancora così.»*

Van Der Kolk (2015) spiega che molti individui traumatizzati non riescono a descrivere ciò che sentono, semplicemente perché non riescono a identificare il significato delle loro sensazioni fisiche. Come venissero taciute quelle emozioni che in precedenza sono state avvertite come sopraffacenti, come se testa e corpo non fossero collegati. Come vivere in un tunnel o nella nebbia, per M., nella confusione.

“Frewen e la sua collega Ruth Lanius scoprirono che maggiore è la mancanza di contatto con i propri sentimenti, minore è l’attività delle aree cerebrali connesse al senso di sé” (Van Der Kolk, 2015).

Nonostante il distanziamento, consapevole e non, dalle emozioni, M. riporta spesso il proprio vissuto emotivo e le proprie reazioni nella quotidianità o che concernono il proprio passato. Le emozioni principalmente rappresentate sono la rabbia, la vergogna, la paura e il senso di colpa, che vengono rappresentate, in alcuni casi, come sperimentate diversamente tra il “prima” e il “dopo”:

*«Prima della malattia non avevo paura di niente. La malattia mi ha cambiato e ora invece ho paura.»*

*«Ma le paure le voglio affrontare, per esempio le vertigini facendo paracadutismo.»*

Oltre a questo, emergono dai racconti alcuni episodi di rabbia e di disperazione, e la difficoltà ad affidarsi a qualcuno per essere aiutata:

*«[...] mi ricordo di aver incontrato una dott.ssa perché ero sempre arrabbiata e non volevo guardarmi specchio. Nemmeno io sapevo quel che provavo.»*

La difficoltà a percepire cosa sta succedendo nel proprio corpo non fornisce risposte varie allo stress, per esempio, e questo può comportare reazioni di rabbia eccessiva o distrazione; è possibile però migliorare “imparando a riconoscere il rapporto tra le sensazioni fisiche e le emozioni, più o meno come le persone daltoniche possono entrare nel mondo del colore, imparando a distinguere e ad apprezzare le sfumature di grigio”. Quest’ultima frase di Van Der

Kolk (2015) sembra perfettamente allinearsi alla metafora utilizzata dalla stessa paziente, riferendosi ad un mondo “prima” di colori e sfumature, e un mondo dopo “bianco e nero”, tra i quali lei si rappresenta “in sospeso”, “in bilico” fra queste due dimensioni, riflettendosi poi nell’incapacità a connettersi con la parte più emotiva, nell’urgenza ed esigenza di difendersi dalle emozioni più angoscianti.

Nella “matassa emotiva” emerge anche il forte senso di colpa nei confronti della famiglia:

*«[...] ho paura di fare del male a qualcuno... a dicembre tutti sono tristi (riferendosi al mese in cui viene ricoverata)»*

Emerge anche la rabbia nei confronti di sé stessa per la sua condizione che si trasforma in “esplosioni”, per poi ritirarsi.

Di fronte alla difficoltà a connettersi e riconoscere le emozioni, da quelle più tollerabili a quelle meno, nel corso della psicoterapia, si è cercato di riconoscere, verbalizzare il mondo degli affetti, dandone quindi un’etichetta ed un significato. Nell’addentrarci nel mondo delle emozioni, M. ha così potuto riconoscerle e raccontarle, anche utilizzando alcune metafore per indicare il suo stato emotivo (per esempio, la “pentola a pressione” per rappresentare la rabbia). Sarebbe sbagliato dire che le emozioni in questo caso fossero “rimosse” ma sono state allontanate più o meno coscientemente a scopo difensivo.

Il semplice fatto che il terapeuta mostri interesse e accolga i sentimenti del paziente fa sì che:

- il paziente si senta “visto” e non trascurato;
- il paziente non si senta giudicato;
- il paziente senta di essere in un contesto di sicurezza dove potersi esprimere;
- il paziente si riappropri dei “propri” sentimenti (McWilliams, 2002).

McWilliams aggiunge che l’accuratezza nell’etichettamento delle emozioni favorisce la maturazione affettiva e sociale: Katherine Bridges (1931) ha infatti osservato che la consapevolezza emotiva inizia nel neonato per poi svilupparsi in quanto il bambino impara a

differenziare le diverse emozioni, fino a distinguere le proprie da quelle altrui. Tale maturazione influisce direttamente sull'autostima e sui sentimenti di competenza anche quando le emozioni in questione sono dolorose.

Nominando gli affetti, vengono scoperti i sentimenti che già esistono, celati dalla coscienza a causa dei meccanismi di difesa sottesi.

Talvolta è stato necessario incoraggiare e in un certo senso suggerire a M. lo stato emotivo: di fronte a comportamenti o situazioni di stress dove la rabbia veniva omessa, nonostante il comportamento della paziente la rappresentasse, è capitato di chiedere come si fosse sentita oppure di ipotizzare che la paziente fosse rimasta irritata.

“Gli affetti, quando adeguatamente espressi e compresi, aiutano anche a perseguire obiettivi evolutivi. Ciò che meglio illustra questo punto è il ruolo del lutto. [...] Ad ogni stadio della vita in cui dobbiamo dire simbolicamente addio a uno dei nostri ruoli precedenti, a ogni perdita, ogni volta che diventiamo consapevoli dei nostri limiti, e della nostra incapacità di avere tutto, dobbiamo elaborare un pezzo di lutto se vogliamo evitare la regressione o la rigidità psicologica” (Mc Williams, 2002).

### **3.2 Il trauma familiare**

Con l'avvio del tirocinio presso il Servizio Disabili dell'Asl3 di Genova, ho iniziato ad informarmi sulla “traumaticità” e quindi sull'elaborazione del lutto, alla nascita o al subentro di un qualche tipo di disabilità nel contesto familiare. L'interesse per questo tema nasce proprio dal contesto delle sedute di psicoterapia dove diventa evidente quanto la disabilità acquisisca un significato particolare e diverso sulla base di come viene costruito all'interno delle dinamiche familiari che coinvolgono i genitori, i fratelli e le sorelle, e tutto il sistema familiare.

Anche nel caso di M., si osserva come il significato che la paziente dà alla propria disabilità, alla malattia, sia legato profondamente alle vicende che, collegate a questa, hanno interessato i componenti della famiglia, ai vissuti, ai significati, ai riti e alle credenze familiari. Il lutto, così come le “resistenze” all'evento traumatico, coinvolge anche il nucleo familiare che mette in



atto delle vere e proprie “finzioni” al fine di mantenere il proprio stile di vita e la propria meta. Si introduce il pensiero di Adler che prende spunto dal pensiero filosofico del neokantiano Hans Vaihinger del “come se”: ogni persona crea il proprio sistema reticolato per interpretare il mondo (Adler, 1997) ed è qualcosa di più della semplice illusione perché “[...] penetra l’anima più intimamente ed è stella polare dell’agire umano” (Grandi, 2010).

Le finzioni, come formazioni psichiche, possono distinguersi in quattro tipologie: gli *idola fori*, in conformità di quanto viene comunemente affermato (televisione, social, mass media, etc.); gli *idola tribus*, sulla base delle “regole” e dei valori che sottendono la tradizione familiare e comunitaria; gli *idola theatri*, quando si è di fronte ad un pubblico; gli *idola specus*, più pregnanti e sommersi nell’inconsapevolezza (Grandi, 2016). Il concetto di finzione si collega alle dimensioni del *modus vivendi* e *modus operandi* dello *Stile di Vita*, ovvero la visione della realtà e il modo di agire rispetto ad essa; lo stile di vita si traduce nell’insieme quindi dei pensieri, idee, atteggiamenti, emozioni, comportamenti che caratterizzano il modo di essere (Di Summa e Vidotto, 2010). Lo stile di vita si costituisce sulla base dell’esperienza di vita, del contesto in cui si è vissuti.

Talvolta la mappa che si utilizza per interpretare la realtà non è funzionale al proprio e altrui benessere. Si tratta quindi di svelare la “finzione” alla base che non è di per sé un processo facile in quanto spesso inconscia e solidamente strutturata. Inoltre, si deve tenere presente il paziente se è in grado di accettare lo svelamento.

Nella situazione e dinamica familiare, di fronte al lutto della mattia si genera un profondo senso di colpa da parte dei genitori dei figli disabili che rischia di alimentarsi come “finzione” (Pagani S., 2009); l’ipotesi è che il *sensu di colpa* di genitori dei bambini disabili sia finalizzato quindi a proteggersi da inesprimibili e impensabili sentimenti e dalla possibilità di una nuova rottura catastrofica nella loro vita. Il senso di colpa soddisfa il bisogno, inconscio e non, dei genitori di sicurezza e stabilità, ma allo stesso tempo paralizza la creatività e irrigidisce la situazione presente che si priva di speranza.

*“Accade una colpa esistenziale quando qualcuno infrange una regola, viola cioè un ordine del mondo umano i cui fondamenti egli conosce e riconosce essenzialmente come quelli dell’esistenza umana comune a lui e a tutti”* (Grandi, 2009). La persona colpevole vive una vita

“ferita”, frammentata ed egli o ella potrà accedere alla dimensione dell’“unità” solo affrontando la colpa come un “evento reale”. Anche M. sembra essere “incastrata” in questa dinamica di colpevolezza, in particolare lei riferisce un profondo senso di colpa per i genitori che si sono presi cura di lei e per il fratello che, per un periodo di tempo, è rimasto privato delle cure genitoriali:

*Durante la seduta, mi riferisce di alcuni problemi del fratello, di lui che si arrabbiava con lei, che si drogava. A questo punto del racconto, M. è molto agitata e commossa.*

*Mi riferisce che il fratello è stato seguito da una psicologa. Mi riferisce che quando è subentrata la malattia, il fratello era piccolo, ed è rimasto solo.*

*I problemi del fratello sono successi per colpa sua. I genitori sono completamente assorbiti dalla sua malattia e il fratello è costretto a rimanere a casa, spesso da solo.*

*Dopo un po' di tempo (non identifica quanto), inizia a fare uso di sostanze e si comporta in modo aggressivo con lei.*

Se da un lato M. recupera una forma di “controllo” di fronte a qualcosa impossibile da controllare, dall’altra parte, si scoprirà successivamente che tale sentimento di colpa cela un sentimento più profondo di invidia per il fratello che non ha più bisogno di lei.

La colpa, dunque, può diventare “finzione” quando funge da alibi per evitare situazioni troppo dolorose di relazione con l’altro e quindi come via di fuga per eludere la sofferenza che nasce dalla consapevolezza di pensieri e sentimenti considerati pericolosi, umilianti o impensabili.

Come dice Hillman, “*ciò che è fecondo... non è la meta definita, il fine stabilito, ma il senso di un fine*” (Hillman, 1983) Inoltre, la meta finzionale “*crea nel presente delle sensazioni positive che mitigano il senso di inferiorità e può avere un effetto incoraggiante*” (Sanfilippo, 2007).

Le finzioni possono essere disadattive quando esse si dogmatizzano e si irrigidiscono, producendo trasfigurazioni significative e dolorose nella visione del mondo e di sé. Si ha così una finzione semi rafforzata o rafforzata che “impoverisce” il Sé e conduce a un ampliamento della “distanza” con l’altro. Per realizzare la “meta finale”, si verifica un allentamento dalla percezione della realtà, ad un irrigidimento dei percorsi e dei meccanismi mentali. Il pensiero

si impoverisce, perde di vitalità; si congelano il senso del divenire e la creatività; il Sé si rinchiude in “*fortezze desertificate ma protette*” (Pagani, 2003).

La teoria adleriana individua cinque tipologie di finzione:

- *Rafforzata*: finzione dal carattere patologico che accentua la distanza dell'individuo dall'ambiente. Si tratta di una deviazione per eccesso dell'abituale fenomeno della finzione. La finzione può per esempio essere utilizzata in modo “massiccio” *di fronte ad un trauma grave*. Il rischio, nel portare avanti questa finzione, è che ne possa scaturire una personalità scissa.
- *Semi-rafforzata*: la logica comune non è completamente minata ma intaccata. L'individuo segue quasi ciecamente la meta ideale perdendo di vista quanto ciò è effettivamente realizzabile. Per esempio, il fobico è consapevole della propria irrazionalità.
- *Consciamente difensiva*: il soggetto effettua un volontario allontanamento dalla realtà, conscio della realtà fittizia e senza pretesa che questa sia reale in quanto non si sente preparato ad affrontare la realtà stessa. L'adulto come il bambino può sfuggire alla realtà a seconda dei livelli nel gioco, nella poesia, nella bellezza.
- *Vitale debole*: l'individuo in questo caso pone le mete successive troppo in basso rispetto alle sue risorse. Si tratta di soggetti con una scarsa tolleranza per la frustrazione e con un forte senso di insicurezza. Si assiste all'accettazione dell'insuccesso derivante da una ridotta fiducia in sé stesso (sentimento di inferiorità evidente).
- *Vitale*: la finzione è una rappresentazione avente come obiettivo il futuro e favorisce l'orientamento verso una meta finale, come prefigurazione positiva di eventi futuri di possibile realizzazione. Con la finzione vitale, il soggetto sano si orienta verso uno scopo che potrebbe anche non conseguire.

Di fronte alla diagnosi di disabilità di un figlio o, come in questo caso, alla malattia, i genitori sono travolti dal senso di colpa e di sventura. Dopo lo “shock” iniziale, si inizia a cercare “il colpevole”: all’“esterno”, quando è il medico, l'istituzione, il partner; all’“interno”, quando è

l'errore genetico, la familiarità del disturbo; fino all'auto-colpevolizzazione che si esprime inconsapevolmente in comportamenti e/o somatizzazioni.

Le madri, in particolari, accusano sé stesse per la propria disfunzionalità perché il loro senso di colpa ha a che fare con la propria capacità generativa. Come riportato in precedenza, i genitori possono reagire in modo diverso anche sulla base dello stile di attaccamento. Spesso si "appiattiscono" nella dimensione, anche in modo ossessivo, della cura del figlio, che non è più pensato come "soggetto di desiderio" ma come "oggetto di cura, bisognoso di assistenza".

Come spesso accade nel caso di eventi altamente traumatici, il passato congela il presente annullando il significato della possibilità, del futuro e della speranza.

La finzione rafforzata o semi-rafforzata della colpa dei genitori produce a sua volta due sotto finzioni:

1. La prima è quella della *riabilitazione eterna*: in molti casi il figlio disabile è per i genitori fonte di acuti *sentimenti di inferiorità* e di inadeguatezza, che alimentano a loro volta i sentimenti di vergogna, di umiliazione, di tendenza al rifiuto e di rabbia. La coazione alla riabilitazione diventa *strumento di compensazione* per cercare di colmare le mancanze non accettate. Ma più il sentimento di inferiorità si acutizza, più le finzioni si materializzano e le proiezioni si cristallizzano, risultando così inconcludenti e non superano l'assenza, la distanza, la depressione, l'essere inferiore e mancante.
2. La seconda finzione è quella dell'*infanzia eterna*: di fronte a handicap fisici e psichici molto gravi, alcuni genitori, dopo un certo periodo, non si attendono nulla. Riconoscono il figlio e riconoscono sé stessi come genitori a condizione che resti un eterno bambino. A questa finzione si associa la rappresentazione del disabile "inconsapevole e felice" e l'auto-rappresentazione del genitore come "colpevole o vittima sacrificale". La genitorialità si contrae e si consuma nella dimensione del sacrificio, il sentimento sociale si affievolisce e con esso i compiti vitali, vengono dimenticati a favore di un unico scopo: sentirsi al riparo da ogni ferita che il mondo può infliggere, sentirsi "sicuri" e "al sicuro".

Accanto alla finzione rafforzata della colpa, come viene osservato nei dialoghi riportati tra M. e la madre, emerge spesso anche quella della “sventura”.

*«Mia madre mi ha detto una volta 'non sei la ragazza di prima'.*

*Lei (la mamma) si sente in colpa ma non è colpa di mia mamma.»*

Tale auto-rappresentazione conduce a sentirsi incapaci di proiettarsi al futuro e di immaginare scenari impossibili e possibili, alla rinuncia di “un’aspirazione, una spinta, un qualcosa senza la quale la vita stessa sarebbe impensabile” (Adler, 1997).

Nel contesto della terapia, per recuperare lo spirito vitale e di creatività, è stato importante iniziare a differenziare i propri affetti da quelli altrui, in particolare da quelli dei propri familiari, nominandoli. Una proposta, che purtroppo non è stata colta, è stata fatta alla madre di poter seguire parallelamente un percorso di supporto alla genitorialità che solitamente viene offerto dal servizio.

*M. mi riferisce di aver parlato anche lei alla madre della possibilità di essere seguita dalla dott.ssa B. a seguito di una sua preoccupazione nei confronti della mamma che vede depressa.*

*«Tutti non accettano la mia condizioni.»*

*Fa l'esempio della madre che, seppur protettiva, le dice 'se tu fossi stata bene, avresti potuto..' oppure "se ci fossi stata anche io, avrei pianto' riferendosi alla terapia periodica di botulino che M. deve eseguire.*

*Anche il fratello manifesta dal suo punto di vista, una non comprensione e secondo M., il fratello non accetta proprio i suoi limiti.*

Negli scambi con i propri genitori e con il fratello, emerge il limite e la fragilità (le crisi epilettiche, la fragilità, le paure, le emozioni). Se da una parte si osserva un’attivazione a risolvere le situazioni da un punto di vista pratico, non sempre M. sembra sentirsi “vista”,

accolta e incoraggiata, in particolare dalle figure genitoriali. In aggiunta, si scatena il già menzionato *senso di colpa* nei confronti della famiglia:

*«Ho paura di fare del male a qualcuno... a dicembre tutti sono tristi»*

e la rabbia nei confronti di sé stessa per la sua condizione che implode. Questo chiudersi in sé stessa emotivamente, concorre al rischio di allontanarsi dal sentimento sociale e dalla relazione con l'altro che però M. ricerca nelle sue esperienze. La paziente sembra però maggiormente concentrata a ricercare esperienze che la possano aiutare a recuperare uno stato fisico prestante e precedente: la palestra, il nuoto, il ballo rappresentano tutte esperienze che si giocano sulla corporeità e poco sulla relazione. Solo verso la seconda metà della terapia, M. sembra essere più orientata a situazioni "sociali" dove poter conoscere altre persone e di fronte al sentimento di impotenza espresso della madre per le sue condizioni, le riesce a rispondere:

*«Ormai io sono così". Il passato è passato.»*

### **3.3 Il rimosso**

Quando M. entra in stanza le prime volta, porta con sé i ricordi delle crisi di ansia e di panico che la sorprendevo in passato, a scuola o a casa. Mi riferisce che le capita alcune volte, quando è sola, che queste "crisi" la colgano di sorpresa ma alle quali lei ha imparato a rispondere calmandosi.

*Parliamo dell'ansia di stare da sola; quando esce da sola ha la sensazione di voler scappare, tornare a casa, al sicuro.*

La paziente collega questi eventi agli attacchi epilettici dei quali ha iniziato a soffrire dopo la sua ospedalizzazione: le prime crisi epilettiche risalgono infatti al ricovero in ospedale e vengono trattate farmacologicamente. Ricompaiono nel 2013, circa due settimane dopo un trapianto renale, nel corso del ricovero, durante l'addormentamento. Per un periodo sembrano scomparire ma si ripresentano, sporadicamente, sempre nella fase di addormentamento, negli anni successivi fino al 2016.

L'ultima crisi risale a settembre 2019, poco prima l'avvio del percorso di psicoterapia.

M. descrive indistintamente lo stato d'ansia appena descritto e quello provocato dalle situazioni di performance: la relazione logopedica, effettuata poiché viene riscontrato un disturbo del linguaggio di grado lieve, mette in evidenza che gli stessi risultati delle prove risentono moltissimo dell'aspetto emotivo in quanto M. dimostra molta ansia ed insicurezza, interferendo negativamente sulla prestazione.

*Mi riferisce di avere talvolta un po' di ansia. Le chiedo di spiegarmi meglio cosa succede quando prova ansia.*

*Mi risponde che a scuola le capita ed è 'come essere "bloccati'.*

*In quelle situazioni vorrebbe svenire. Oppure fa riferimento all'ansia che ha provato a Rimini per l'esibizione di ballo.*

*Le chiedo se l'ansia anche in questo caso l'ha bloccata. Mi risponde che in questo caso, ballando, è passata.*

Nel corso delle sedute, l'ansia che dapprima sembra generalizzata inizia a prendere forme diverse, specifiche e più dettagliate: per esempio, emerge l'ansia legata alla paura del buio che M. riconduce a quando non riusciva a vedere, in ospedale, dove era difficile anche comunicare il proprio sentire; oppure viene a distinguersi e a correlarsi al sentimento di vergogna che M. prova in alcune situazioni sociali.

La paziente fa emergere, pian piano, nel corso della psicoterapia, ciò che l'aiuta a risolvere questi momenti di impasse: per esempio, si accorge che "facendo" l'ansia diminuisce e che è in grado di trovare soluzioni abbastanza efficaci per uscire dalla situazione di disagio.

Ciò che però non si può non prendere in considerazione, è che nella descrizione dell'ansia da parte della M., c'è una parte più recondita legata all'esperienza traumatica, fisica e psicologica durante il primissimo momento di ospedalizzazione.

L'ansia o il panico potrebbe essere in questo caso ricondotto all'esperienza rimossa: essa è nella mente, e nel corpo, ma viene esclusa dalla coscienza. La ricostruzione del ricordo può restituire significato e collocare gli "eventi" all'interno di una narrazione.

Per fare questo, è stato necessario lavorare sull'alleanza terapeutica, sull'ascolto empatico senza cadere nell'atteggiamento compassionevole. Sappiamo infatti che di fronte al paziente traumatizzato potremmo trovarci di fronte all'impossibilità di "sentirsi al sicuro" e pertanto alla base di una qualsiasi narrazione, è importante creare un contesto di fiducia e di alleanza.

Per la costruzione di una narrazione, è stato importante anche interrogarsi sulla *forza dell'io* della paziente e quindi giungere al "nocciolo" solo dopo, e in parallelo, aver lavorato sull'*autostima*, la consapevolezza delle proprie capacità e delle proprie risorse.

Prima, quindi, di "sviscerare" o di assecondare le tematiche relative ai ricordi più spiacevoli, talvolta traumatici, è stato importante lavorare in seduta in un'ottica di rinforzo, anche nel "qui e ora".

In primis, è stato importante offrire un ambiente relazionale positivo e incoraggiante; si è lavorato quindi sulle abilità espresse, sul *Sé creativo* e sul rinforzo dell'autostima, attingendo dalle risorse disponibili o stimolate, in alcuni casi.

Nel campo della seduta operativa, sono state utilizzate quelle strategie operative che potevano rassicurare e contenere i momenti d'ansia attesi e temuti dalla paziente e in particolare:

- sdrammatizzare;
- spiegare che l'ansia può essere collegata a qualcosa di vissuto;
- utilizzare un'immagine per spiegare che l'ansia come "arriva", poi "passa";
- capire la rappresentazione che la paziente aveva di sé stessa per approfondire le strategie "messe in campo" ed eventualmente modificarle in modo funzionale;
- verificare la storia delle relazioni nel senso di approfondire come è stata trasmessa da un punto di vista intergenerazionale la gestione dell'ansia;



- ricostruire gli eventi del passato;
- esplicitare le emozioni e se il paziente non riesce, provare a suggerirle, tirando fuori il “colore”.

## Capitolo 4. Percorsi di cura



*L'albero della vita. Klimt, 1909*

Nel precedente capitolo, si è fatto riferimento ai ricordi spiacevoli e traumatici che la paziente ha voluto affrontare, sviscerare e di come sia stato importante dapprima lavorare in seduta in un'ottica di rinforzo, nel "qui e ora", attraverso un ambiente relazionale positivo e incoraggiante; si è lavorato quindi sulle abilità espresse, sul "Sé creativo" e sul rinforzo dell'autostima, attingendo dalle risorse disponibili o stimolate, in alcuni casi.

Nonostante si osservino in M. *capacità di resilienza* che devono spingere a non avere alcun tipo di pregiudizio sul suo modo di vedere e comportarsi rispetto alla realtà oggettiva, sul suo stile di vita, ritengo che la traumaticità degli eventi che hanno caratterizzato la vita di M. a dodici anni, sia una questione importante e che, nel corso delle sedute, abbia cercato di "prendere parola", farsi sentire e abbia richiesto un'attenzione da parte della terapeuta.

Nel precedente capitolo, si è parlato di quanto sia stato possibile fare durante il percorso terapeutico: il supporto psicologico è parte integrante del Progetto di vita indipendente che prevede un approccio olistico alla cura, dove gli utenti possono accedere a diversi servizi, dalle cure, alle visite specialistiche, dall'inserimento in contesti formativo, finalizzati all'inserimento lavorativo, alla partecipazione ai laboratori ludico-ricreativi per incentivare la relazione e la socialità.

Di fronte alla disabilità, il rischio per M. è stato quello di uno stile di vita non adatto alle sue condizioni cliniche con tendenza all'isolamento sociale e nel tentativo di compensare la carenza di rete amicale, ulteriore rischio è quello della dipendenza dal nucleo familiare.

Il lavoro psicologico aveva quindi l'obiettivo di incoraggiare alla vita di ogni giorno, al sostegno sulle attività, alla ristrutturazione di sé per uno stile di vita più "sano", ad una maggiore accettazione di una limitata funzionalità fisica e psicologica, all'ampliamento della rete sociale di riferimento, alla stimolazione a valutare un nuovo progetto di vita.

"L'esposizione a eventi stressanti in giovane età è un fattore di rischio accertato per l'insorgere di disturbi mentali che può essere prevenibile. I gruppi vulnerabili possono includere: i membri di famiglie che vivono in povertà, le persone con malattie croniche, i neonati e i bambini esposti a maltrattamenti e trascuratezza, gli adolescenti esposti all'uso di sostanze, i gruppi di minoranza, gli anziani e le persone che vivono la discriminazione e le violazioni dei diritti umani [...]. I servizi di salute mentale devono includere i bisogni di supporto psicosociali e servizi specifici per il trauma psicologico e che promuovano la guarigione e la resilienza, per persone con disturbi mentali o problemi psicosociali" (OMS, 2013).

"Numerose sollecitazioni dell'OMS suggeriscono l'adozione del modello bio-psico-sociale in ambito riabilitativo [...] per una presa in carico globale del paziente al fine di attuare un reinserimento psicosociale adeguato alle risorse cognitive e alle abilità comportamentali residue" (Pierobon, Callegari e Mastretta, 2006).

In questa sede, partendo proprio da questo approccio olistico che considera l'aspetto medico, sociale e psicologico, vorrei proporre un ulteriore approfondimento partendo dalle parole di Van Der Kolk (2015): "Chiunque inizi una psicoterapia basata sulla parola, comunque, si confronta quasi subito con i limiti della parola stessa. [...] la ricerca neuroscientifica ha dimostrato l'esistenza di due forme distinte di autoconsapevolezza: quella che tiene traccia del sé nel tempo e quella che coglie il sé nel momento presente". La coscienza di sé, quindi, risiede nella mente e nel corpo e riprendendo le sue parole, "quando si attivano le sensazioni viscerali e si ascolta il nostro cuore spezzato – quando, cioè, si seguono i percorsi interocettivi dei nostri recessi più profondi – le cose cominciano a cambiare".

Il senso di Sé e del proprio divenire dipende dalla capacità di organizzare i propri ricordi in modo coerente ma questa stessa capacità dipende dalla connessione tra mente e corpo e tale connessione può essere appunto danneggiata dal trauma.

#### 4.1 L'impronta del trauma

La difficoltà in M. nel riconoscere in un primo momento, e di verbalizzarlo, in un secondo, il sentimento della rabbia, mi ha ricondotto ad alcune riflessioni sulla teoria evolutiva. In particolare, viene in mente come, di fronte ad un bambino in difficoltà, sia importante attraverso il *gioco simbolico*, portare in scena quei sentimenti negativi come l'invidia, la rabbia e la gelosia, e legittimare l'aggressività; questo consente di sperimentare una relazione sicura, senza la paura di sentirsi rifiutato dall'altro (Mirante, 2021).

Il trauma, psicologico e fisico, nel caso di M., viene ad inserirsi proprio in una delle tappe evolutive dello sviluppo: la rabbia, il senso di frustrazione e il senso di colpa, portati in stanza di terapia, sono sentimenti "vivi" che riconducono a quei momenti precedenti e che rendono difficile lo stare nel presente e l'immaginare una possibile vita futura ed accedere alla dimensione del desiderio.

Si tratta quindi, anche in età adulta, di mettere "in gioco" l'aggressività, di verbalizzarla, di trovarne le immagini e le metafore, come spinta per il superamento dell'inferiorità, come "energia creativa" (Mirante, 2021).

M. durante le sedute, racconta alcuni segni evidenti della sua esperienza traumatica: l'ipersensibilità ai rumori, la sensazione nei momenti di solitudine di essere in pericolo, l'emergere, dopo la malattia, di alcune paure, come quella del buio.

Si potrebbe ipotizzare che M. abbia gestito, da sola e con l'aiuto, in alcuni casi, dei caregiver disponibili, un disturbo post-traumatico da stress che però ha lasciato nel tempo alcuni strascichi, alcune *impronte*.

Se la M. di dodici anni, fosse stata coinvolta in un percorso terapeutico fin da subito, avrebbe avuto l'occasione, attraverso il gioco simbolico, di mettere in scena le paure, le angosce e la

rabbia per quanto le fosse accaduto. Invece, dalle sue testimonianze, accadeva che M. agisse la sua aggressività, senza sapere ciò che stava provando, per poi rimanere spaventata dalle sue stesse reazioni che, a tendere, potrebbero aver contribuito ad alimentare il senso di colpa e il suo senso di inferiorità.

Tenendo sempre a mente il funzionamento cognitivo di M., compromesso dalla malattia, si è per esempio notato che soprattutto nelle prime fasi della terapia, fosse davvero difficile per lei, ricostruire e organizzare in uno schema temporale la propria storia. I ricordi traumatici in particolare risultavano spesso disorganizzati, con alcune dimenticanze e “gap” nella sequenza degli accadimenti o nel ricordare alcuni dettagli importanti.

Se da un lato, ci può essere la compromissione della memoria, come da lei stessa “suggerito” quando si trovava in difficoltà, dall’altra parte, si è notato poi nel tempo, un miglioramento nel trovare un filo conduttore degli eventi riportati, facendo emergere maggiori dettagli sensoriali e sulle emozioni provate, attribuendo un senso all’esperienza vissuta.

“Le memorie traumatiche sono sostanzialmente diverse dalle storie passate, che raccontiamo. Le memorie traumatiche sono dissociate: le diverse sensazioni registrate dal cervello al momento del trauma non sono correttamente assemblate in una storia, in un pezzo di autobiografia” (Van Der Kolk, 2015).

Van Der Kolk ci ricorda che quindi il trauma ha implicazioni sul modo in cui la mente ricorda e su come il cervello organizza le proprie percezioni; esperienze sopraffacenti hanno implicazioni sulle sensazioni e sulle relazioni con la realtà fisica; il trauma non è quindi solo un evento accaduto ma “si riferisce anche all’impronta lasciata da quell’esperienza sulla mente, sul cervello e sul corpo”.

Recuperare le parole per descrivere gli eventi, supportare il paziente a recuperare il filo della matassa esperienziale ed emotiva, e il senso di quanto avvenuto, possono rappresentare un primo passo per la cura e il superamento del trauma: “perché avvenga un reale cambiamento, il corpo ha bisogno di apprendere che il pericolo è passato e di vivere nella realtà presente” (Van Der Kolk, 2015).

È importante quindi per l’autore riappropriarsi del proprio corpo e delle sensazioni fisiche: con M., in questo caso, è stato importante non solo riconoscere e verbalizzare le emozioni ma

anche le sensazioni fisiche sottostanti come per esempio la pressione, il calore, la tensione muscolare, che tendenzialmente venivano ricondotte ai momenti di stress, ansia e agitazione. Riemergono frammenti anche delle sensazioni corporee del passato:

*«Sentivo il corpo rigido, non capivo, una sensazione strana...*

*ho chiamato mia madre in spagnolo e i muscoli mi stavano lasciando...*

*ero rigida senza controllo, non riuscivo a parlare... mi tengono ferma e il medico mi dice 'stai tranquilla'...»*

È stato altrettanto importante lavorare sulle sensazioni associate al rilassamento o che possono indurre il rilassamento in un momento di agitazione: lavorare per esempio sulla respirazione e consapevolizzare che la stessa è legata al muscolo del diaframma che può essere controllato. Spesso M. riporta un corpo “in conflitto” con la propria mente, le proprie volontà e aspettative. Pian piano si è resa conto che non è più come prima e che si stanca molto più velocemente.

*«Prima facevo mille cose e non mi stancavo. Prima ero al 100%, ora al 50%.»*

La volontà prova a imporre il proprio controllo, il corpo non viene ascoltato e in alcuni casi può essere un rischio in quanto le aspettative possono superare le capacità e le risorse, mettendola in una situazione di forte stress e di rischio.

Può succedere, nel caso contrario, che sia il corpo a prendere il sopravvento in quanto si innescano quelle reazioni e sensazioni fisiche che vengono poi ricondotte all'ansia, alla preoccupazione e alla vergogna.

Il “superamento del limite” viene anche immaginato: il desiderio di fare paracadutismo, in contrasto per esempio con le vertigini e la paura dell'alto manifestate in un secondo momento. Il tentativo di superare lo stato di inferiorità, oscillando quindi fra un senso di impotenza e un senso di superiorità, rischia di portare ad ulteriore frustrazione. Lavorando sulla relazione con il proprio corpo ma anche la propria mente, ci si è posti l'obiettivo di creare una sorta di

equilibrio che, da un lato possa portare all'accettazione di quanto accaduto nel proprio corpo e nella propria mente, ma dall'altro possa valorizzare l'energia e la forza non solo di adattamento ma anche di trovare soluzioni creative al fine di una vita soddisfacente con sé stessa e con gli altri.

La possibilità di connettersi con sé stessi e il proprio corpo, ha implicazioni sul coinvolgimento sociale. Per M. la relazione con l'altro prende un posto marginale nella propria storia ma acquisisce via via un posto sempre maggiore, via via che si ritrova a dover fronteggiare alcune situazioni sociali, via via che sperimenta il desiderio di avvicinarsi ad un altro, in termini amicali e di relazione profonda.

## **4.2 Superare il trauma**

“Ieri è storia, domani è un mistero ma oggi è un dono, per questo si chiama presente” dice il saggio Oogway a Shifu (dal cartone animato Kung fu Panda). Ed è proprio vero che il passato è “passato”, non può essere né cancellato né modificato e il terapeuta insieme al paziente non possono fare nulla in tal senso.

È possibile però agire sul presente e su quelle tracce che il trauma ha creato nel corpo, nella mente e nell'anima: dall'ansia alla paura di perdere il controllo, dai flash back all'incapacità ad esprimere le proprie emozioni e a relazionarci con l'Altro.

“La vera sfida insita nel percorso di cura coincide con il ristabilire la padronanza del corpo e della mente, vale a dire, di noi stessi” (Van Der Kolk, 2015). Per fare questo, occorre in primis ripercorrere il trauma. Come suggeriva lo stesso Freud, infatti il trauma “scompare subito e in modo definitivo quando si era riusciti a ridestare con piena chiarezza il ricordo dell'evento determinante, risvegliando insieme anche l'affetto che l'aveva accompagnato, e quando il malato descriveva l'evento nel modo più completo possibile esprimendo verbalmente il proprio affetto” (Breuer e Freud, 1893). Per farlo, occorrono molte risorse, interne ed esterne, in quanto non sempre i pazienti possono essere in grado di sostenere una terapia dell'esposizione; pertanto, per non sentirsi ri-traumatizzati, occorre sentirsi in una condizione

di sicurezza. Affrontare e gestire il trauma richiede il confronto con la memoria e le emozioni legate all'evento, e l'integrazione di questa memoria nel magazzino generale dei ricordi. Lo scopo a livello terapeutico è di permettere di realizzare che il ricordo traumatico non è pericoloso e di potenziare il senso di controllo e competenza.

Van Der Kolk affronta il tema dell'*alfabetizzazione alle emozioni* in un certo senso di fronte al trauma per rendere nominabile quello che non è più pronunciabile; citando Bowlby, "Quello di cui non siamo in grado di parlare alla madre, non siamo in grado di dirlo a noi stessi", si riferisce a quel senso di controllo che si può acquisire quando si nominano le cose nel loro nome, quando è possibile quindi raccontare quello che è successo e di come ci si è sentiti, rompendo il silenzio indotto dalla paura, dal dolore e dalla vergogna (2015).

Non raccontare il proprio vissuto, tenere celato il segreto dei propri ricordi spiacevoli, comporta un conflitto interiore e richiede un'enorme energia che non viene impiegata per i propri obiettivi di vita, perdendo quindi vitalità e al contempo concorre allo stress e alle reazioni a questo (Van Der Kolk, 2015).

Durante le sedute, M. ripercorre il trauma inizialmente in modo frammentato: si osserva la sua volontà e motivazione a voler fare emergere qualcosa che per lei poco prima era "indicibile". Emerge quindi l'esistenza di "un prima" e di "un dopo" dove l'evento della malattia rappresenta il crinale fra ciò che era possibile e ciò che invece, nella situazione attuale, diventa impossibile; emergono altre emozioni, oltre a quelle menzionate, come il senso di colpa nei confronti della propria famiglia per arrivare al senso di solitudine e smarrimento provati quando era in ospedale.

Se nelle prime sedute, i racconti sono frammentati e confusi, a mano a mano che gli incontri proseguono, gli elementi acquisiscono maggiore organizzazione e vengono integrati più aspetti. Si osserva, insieme all'integrazione degli accadimenti, anche una maggiore consapevolezza di quanto accade dentro di sé anche nel "qui ed ora" rispetto ai ricordi del passato.

*«Avevo programmato tutto e tutta la mia vita. La malattia come una bomba... come se avessi fatto una villa ed è esploso tutto... e non capivo più niente...»*



Una seduta, in particolare, ha sbloccato un ricordo che sembrava avere un profondo impatto sul vissuto di M. rispetto all'evento della malattia. La paziente, infatti, fin dai primi incontri, mi aveva riferito del ricordo dell'immagine di un ragazzo che sapeva fosse un suo ex compagno di classe. La particolarità di questo ricordo stava nel fatto che era l'unico viso che riusciva ad associare ad una persona conosciuta poco dopo il coma.

M. quindi si chiedeva perché all'epoca non riuscisse a ricordare sua madre e invece riusciva a ricordare questo viso. Il dubbio permaneva e tornava in maniera più o meno ricorrente tra una seduta e l'altra.

Finché, in prossimità dell'ultima parte del percorso terapeutico, dopo aver affrontato insieme altri argomenti che riguardavano la malattia, il senso di impotenza, le emozioni, e il "vivere oggi", mi racconta di un episodio a scuola, poco dopo il suo rientro dall'ospedale:

*M. apre la seduta parlandomi della sua scelta di fare palestra. [...] Un timore che però la affligge è legato alla presenza in palestra di "quella persona", «che ha scoperto il suo punto debole» (ovvero la difficoltà che riscontra nell'essere osservata).*

*Le chiedo che aspetto abbia il ragazzo.*

*Mi riferisce che non si ricorda, che è molto alto a differenza di lei che è bassa e «che non crescerà più per via della malattia»*

*Mi riferisce nuovamente che lei vorrebbe dimenticarsi di questa persona che la tormenta nei pensieri. Riferisce che in questo periodo di quarantena, è riuscita a pensarci meno ma le faccio notare che in realtà ne avevamo già parlato un paio di volte, in merito tra l'altro ad un sogno recente. Le riferisco che bisognerebbe risalire al motivo per cui questa persona viene così spesso in mente, e ripropongo alcune ipotesi fatte insieme: sul fatto che forse la corteggiasse o che le piacesse, o ancora che la osservasse e lei invece ne fosse infastidita.*

*Mi dice: «lo non voglio nemmeno fidanzarmi»*

*A questo, fa riferimento un ricordo, appena rientrata a scuola dopo il periodo di malattia:*

*«Mi mettevo le parrucche ed ero sulla sedia a rotelle».*

*Si riferisce al suo rientro a scuola dove l'educatrice le chiede se le andasse di andare a salutare i suoi vecchi compagni di classe. Lei le risponde di no ma l'educatrice la porta ugualmente in classe.*

*Avrebbe voluto alzarsi, andare via, invece si ritrova in classe con tutti i compagni che le chiedono come sta. La professoressa l'ha fatta entrare e lei era in confusione, non capiva quello che provava.*

*A quel tempo, riferisce che la sua «testa era più vuota... mi dimenticavo tutto»;*

*«Ero sempre arrabbiata»;*

*«Mi sentivo fuori posto a casa e a scuola».*

*"Una signora veniva a casa ad aiutarmi e ho detto a lei che non volevo più fare lo scientifico per farlo dire a mia mamma.*

*Al primo anno, avevo fatto amicizia con una ragazza che però non è più rientrata perché è rimasta incinta. Al secondo anno invece, ho imparato a fare più amicizie: ha conosciuto Marcella (russa di origini) ma lei ad un certo punto si è allontanata da lei».*

*M. ipotizza che si fosse allontanata per via dell'educatore, di origini peruviane, che la seguiva, che piaceva a Marcella. Così ha fatto amicizia con Vanessa.*

*Dopo essersi interrotta, suggerisco a M. che probabilmente c'è un legame fra il ricordo di questo ragazzo e il ricordo della scuola. Lei mi riferisce che il ragazzo era presente nella classe e non l'ha nemmeno salutata.*

*«Non è venuto nemmeno a trovarmi quando era in ospedale.*

*Prima per lui ero carina e invece dopo non mi ha nemmeno chiesto 'Come stai?'*»

Van Der Kolk si riferisce al "miracolo della scoperta di sé" come rivelazione, come scoprire il proprio Sé nelle parole, anche se "trovare le parole", rompere il silenzio, può essere difficile e straziante.

Il ricordo di M. si inserisce all'interno di questa cornice, rappresenta per lei un momento di shock, di vergogna, e rabbia. Difficilmente sarebbe potuto emergere prima, all'inizio del percorso terapeutico.

È stato importante prima focalizzarsi sull'instaurarsi di un rapporto di fiducia e di alleanza terapeutica dove l'orientamento del terapeuta è quello dell'ascolto empatico, dell'atteggiamento incoraggiante per infondere speranza senza cadere nella compassione o nella minimizzazione delle questioni riportate. Altro punto su cui è stato importante lavorare e

focalizzarsi, è la fiducia in sé e l'autostima come senso della propria *identità personale* e *coesione del sé*.

È stato importante anche l'accompagnamento alle aree di vita del presente: la partecipazione a scuola, l'impegno del tirocinio, il desiderio di una vita relazionale e quello censurato della relazione amorosa, le dinamiche familiari.

Sappiamo infatti che l'impronta del trauma consiste anche nel rischio di perdere la relazione e l'impegno sociale, come cooperazione e appartenenza ad un gruppo. È importante quindi in questi contesti accompagnare i pazienti nella gestione delle relazioni e di incoraggiare a quelle attività che permettono di fare questo: il coro, nel caso di M., il corso di ballo, il laboratorio, o altra attività che possa coinvolgere il movimento, il gioco e una felice condivisione (Van Der Kolk, 2015).

L'esperienza nel contesto di gruppo non fa mancare le difficoltà perché l'interazione sociale comporta di conseguenza il confronto fra pari:

*Al pomeriggio, il lunedì, fa un laboratorio di educazione fisica.*

*«L'insegnante è molto bravo e mi guarda quando sono timida.*

*Un gioco che ci fa fare è quello di correre sempre più veloce ma io non riesco: sono indietro, mi viene ansia.*

*Oppure ci dice di fare le 'statue umane'.»*

*Di fronte alla difficoltà di M. di correre, l'insegnante le dice di correre come può.*

*Un suo compagno però le chiede: 'Perché non corri?' e l'ha sentito dire 'Lei non fa quello che fanno tutti gli altri'.*

*«Un altro gioco è quello della palla che bisogna prendere con una mano e correre. E io lo facevo con il mio tempo.*

*'Perché hai la mano così?' mi ha chiesto il ragazzo. 'Ma hai un problema alla mano?'*»

*M. gli spiega il suo problema e il ragazzo le chiede scusa: 'non sapevo del tuo problema. Ti davo della statua ma non sapevo' e lei risponde 'si, si, ok' e non gli dice niente.*

*«La gente non capisce quello che ho. Le amiche di mia mamma non sanno quello che ho. Non si vede la mia paralisi. E poi mi dà fastidio quando dicono: 'Mi dispiace' o 'Poverino'.*

*A scuola mi fissavano, parlavano di me, me lo ha detto il mio amico Guglielmo.*

*Con lui mi sentivo più sicura perché mi trattava come una ragazza.»*

La seduta appena descritta è stata l'occasione per parlare insieme del rapporto con gli altri e del rapporto della disabilità con gli altri, il significato che può assumere per sé e nel confronto con i compagni di classe nonché di quegli atteggiamenti e comportamenti positivi nell'Altro per evitare in qualche modo un sentimento persecutorio che rende l'Altro un nemico e non una persona con caratteristiche diverse, errori, limiti.

È stato importante sottolineare in questo contesto la comunicazione da parte dell'insegnante che *ha visto* M. e ha ascoltato le sue esigenze, incoraggiandola a fare (e non ad abbandonare) ma seguendo i suoi ritmi.

La sfida cruciale nei contesti educativi "è quella di favorire la reciprocità: ascoltare veramente gli altri e farsi sentire a propria volta; vedere autenticamente ed essere visti dalle altre persone. [...] concentrarsi sull'importanza di promuovere sicurezza, prevedibilità del futuro e fiducia nell'essere riconosciuti e visti" (Van Der Kolk, 2015).

#### **4. 3 Ulteriori riflessioni sui percorsi di cura**

*Siccome negli ultimi otto anni avevo usato me stessa come laboratorio per le indagini sulla relazione mente-*  
*corpo,*

*questo mutamento catturò completamente il mio interesse.*

*Mentre camminavo cominciai a fare attenzione.*

*Notai che quando un pensiero fastidioso mi entrava nella mente,*  
*i miei occhi cominciavano spontaneamente a muoversi avanti e indietro,*  
*compiendo rapidi spostamenti ripetitivi in diagonale, in basso a sinistra a destra in alto.*

*Allo stesso tempo notai che il pensiero era soanito dalla mia consapevolezza,*  
*e quando vi riportavo l'attenzione molto del suo carattere molesto era scomparso.*

*La cosa mi incuriosì.*

*(da EMDR. Una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica, F. Shapiro e M.S.*

*Forrest)*

A conclusione del percorso terapeutico con M., mi sono chiesta quali ulteriori azioni, approcci e metodi potessero essere condivisi con la paziente, qualora il percorso avesse potuto continuare per favorire la conciliazione di un vissuto traumatico che ha coinvolto mente, anima e corpo.

A partire dalla sua domanda e dall'invio che è stato fatto dalla logopedista al servizio di supporto psicologico, infatti, si è lavorato inizialmente sul "qui e ora", sul sostegno a quelle risorse dell'Io e all'autostima. Particolare attenzione è stata posta sul tema relazionale sia nel contesto familiare, sia nel contesto scolastico e tra pari.

Ma fin dall'inizio, M. ha portato la difficoltà nell'integrare l'esperienza presente al passato, in particolare all'anno 2008. È stato poi possibile recuperare alcuni ricordi, prima in frammenti poi in ricordi nitidi.

Se si può affermare che la narrazione della propria storia ha una sua continuità seppur travolta e stravolta da un evento che ha segnato e modificato corpo, mente e anima, la domanda che mi sono posta, a fronte della necessità di M. di "superare il trauma" è: quali scenari terapeutici potrebbero aprirsi per lei, quale percorso di cura è possibile immaginare che possa quindi avere un approccio bio-psico-sociale?

Nel "qui e ora", M. ha potuto accedere a diversi supporti, dalla piscina, alla fisioterapia, allo scopo di migliorare il suo stato fisico; ha potuto accedere ad un percorso formativo rivolto ai disabili, il cui è approccio non è solo didattico e tecnico ma anche educativo e sociale, attraverso la partecipazione ai laboratori; infine, ha avuto accesso al servizio di supporto psicologico. Ma proprio su quest'ultimo, sorgono le mie domande e quindi il mio interesse ad approfondire ulteriori "scenari".

Come Van Der Kolk ci insegna, quando siamo di fronte ad uno shock, il risultato può essere confusione, agitazione, distacco emotivo, sensazioni anche extracorporee; per superare quindi il trauma, bisognerebbe tornare in contatto con il proprio corpo e quindi con il proprio Sé.

Il linguaggio sappiamo che è essenziale per ritrovare il senso di Sé che dipende dalla capacità di organizzare e integrare i frammenti della memoria. Il linguaggio però "[...] si è evoluto,

principalmente, per condizionare ‘le cose là fuori’, non per comunicare i nostri sentimenti profondi, la nostra interiorità (d’altronde, il centro del linguaggio nel cervello si trova nell’area più lontana possibile dal centro di percezione del proprio sé)”. Questo può avvenire se l’integrazione viene fatta all’interno di sé corporeo: “[...] solo a questo punto, un non corpo diventa il corpo di qualcuno, quando un nessuno diventa qualcuno” (2015).

Per questo motivo il mio interesse si è spostato su alcuni approcci che potrebbero essere utili in un percorso di cura del trauma, in particolare:

- il *Training Autogeno*;
- la tecnica della *Mindfulness*;
- la tecnica dell’*EMDR*;
- la *Musicoterapia*.

Le mie ridotte conoscenze nel mondo musicale, mi hanno consentito di imparare a porre attenzione sulla respirazione. La respirazione, in particolare quella diaframmatica, consente di focalizzare l’attenzione sull’atto di respirare, di “rallentare”, di allentare la tensione muscolare, di superare un forte momento di agitazione. Per fare questo serve esercizio, allenamento e per questo motivo, il primo fra gli approcci approfonditi è quello del *Training Autogeno* come tecnica di rilassamento da utilizzare in psicoterapia di fronte a problematiche legate all’ansia in particolare. Viene definito da Schulz (1980) come “esercizio sistematico per la formazione di sé stessi” volto a indurre uno “stato autogeno”. La novità introdotto da Schultz, rispetto ad altre tecniche di rilassamento, consiste nell’attribuire al paziente un ruolo più attivo e indipendente dal terapeuta.

Il *Training Autogeno* si inserisce nella concezione dell’organismo come unità biopsichica in quanto prevede una serie di esercizi di concentrazione che si focalizzano su diverse zone corporee, allo scopo di ottenere un generale stato di rilassamento sia a livello fisico che psichico.

Come da premessa, per ottenere un risultato di rilassamento occorre “fare esercizio”; l’allenamento autogeno influisce quindi su muscolatura, sistema cardiovascolare, apparato

respiratorio, etc. In quest'ottica la tecnica della respirazione fa parte di uno degli esercizi di questo allenamento, dove, per esempio la respirazione non va guidata ma "accettata", per poi regolarsi spontaneamente a seguito dell'esercizio stesso. Senza voler approfondire, in questa sede tutti i sei esercizi che caratterizzano questa tecnica, sicuramente il Training Autogeno contribuisce a percepire il proprio corpo come parte integrante di Sé, coglierne le sensazioni, accettarle e valorizzarle a prescindere dalle prestazioni e, come tecnica, può essere utilizzato anche in maniera autonoma per contenere situazioni ansiogene.

Ragionando sempre nell'ottica di restituire un ruolo attivo al cliente, un'altra tecnica citata in diverse lezioni, in particolare durante quella sui "Disturbi d'ansia", condotta con la prof.ssa Fusaro, è quella della *Mindfulness* come strategia per gestire l'evento in sé o l'ansia in generale. Anche in questo caso, cambia l'assetto mentale della persona che si pone in un ruolo più attivo: una strategia "pratica" che non risolve il problema alla radice ma che pone la persona da una posizione passiva ad una posizione attiva. L'obiettivo della *Mindfulness* è appunto l'attenzione piena al momento presente, a ciò che si sta facendo nel *qui e ora*. "La percezione delle sensazioni viscerali è fondamentale per la consapevolezza emotiva" (Van Der Kolk, 2015). Anche in questo caso, come il Training Autogeno, serve l'esercizio. La *Mindfulness* è una pratica della Teoria Comportamentale e si traduce nell'essere consapevoli, nel prestare una reale attenzione, capacità che viene rafforzata utilizzando il respiro, dove viene "placato" il giudizio e si ascolta la propria voce interiore ([www.mbct.co.uk](http://www.mbct.co.uk)).

Come la *Mindfulness*, anche lo Yoga viene presentato da Van Der Kolk come una tecnica di autoregolazione nella pratica di cura al trauma (2015) perché permette di guardare verso l'interno, attraverso l'ascolto del proprio corpo e "le persone traumatizzate hanno bisogno di imparare che possono tollerare le sensazioni, di 'farsi amiche' le esperienze interne e di esercitare nuovi modelli di azione".

Sull'*EMDR*, si narra che l'analisi del trauma e delle sue conseguenze, ha portato la dott.ssa e psicoterapeuta Francine Shapiro a elaborare una tecnica psicoterapeutica efficace, integrato a diversi approcci psicologici, nota come *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)*, che ha trattato con successo malattie e problemi psicologici complessi, con efficacia e rapidità (Shapiro e Forrest, 1997).

“L’EMDR è un metodo psicoterapeutico complesso e potente, che integra molti tra i più efficaci elementi provenienti da una vasta gamma di approcci terapeutici, compresa la psicoanalisi freudiana a lungo termine. Esso impiega inoltre i movimenti oculari o altre forme di stimolazione ritmica, come il battito delle mani o note musicali, in un modo che sembra aiutare il sistema cerebrale di elaborazione delle informazioni a funzionare in modo rapido. [...] Con la sua combinazione unica di elementi, l’EMDR si concentra non solo sui sentimenti che producono disagio, ma sui pensieri, le sensazioni fisiche e anche sui comportamenti che a quei sentimenti si ricollegano” (Shapiro e Forrest, 1997).

Sembrerebbe appunto che, attraverso questa tecnica, i ricordi riemergano insieme ai vissuti, non solo mentali ma anche corporei, e che, attraverso l’attivazione del sistema nervoso, e in particolare dell’emisfero destro e sinistro del cervello, i ricordi trovino una nuova collocazione più integrata.

Il trauma, quindi, perde la caratteristica di “immediatezza”, causata da un ricordo “bloccato”, “non digerito”, e viene collocato nel passato, in modo meno frammentato e più distante: “I ricordi evolvono e cambiano, sono sottoposti, cioè, a un lungo processo di integrazione e reinterpretazione, che avviene in modo automatico nel cervello/mente, senza intervento alcuno da parte del sé inconscio. Una volta completata l’elaborazione, l’esperienza si integra con gli altri eventi di vita e smette di avere vita propria” (Van Der Kolk, 2015).

Attraverso la tecnica dell’EMDR, e la sua naturale stimolazione di processi associativi, sentimenti, sensazioni e immagini che prima risultavano dissociate e immutate, vengono attivate e trovano una loro integrazione, mentale, psichica e corporea.

Infine, un ultimo approccio che desta la mia attenzione perché fa parte della mia esperienza di vita, riguarda appunto l’utilizzo della musica a scopo terapeutico.

Uno studio sul disturbo post traumatico da stress che ha coinvolto alcuni veterani di guerra in un percorso di *musicoterapia*, ha infatti dimostrato una certa riduzione dei sintomi, un aumento del senso di apertura, solidarietà, appartenenza, condivisione, vicinanza, connessione e intimità, e la possibilità di accedere in modo non intimidatorio ai ricordi traumatici, facilitando lo sfogo della rabbia e riacquistando un senso di autocontrollo.



Nell'ultimo decennio la musicoterapia viene utilizzata come forma di terapia per affrontare le situazioni di stress. Di fronte all'evento traumatico, sembra infatti utile per aiutare il singolo a fronteggiare le conseguenze del trauma vissuto: anche solo con l'ascolto, si attivano dei processi cognitivi che causano un coinvolgimento emotivo, reazioni comportamentali e alterazioni fisiologiche e può alleviare gli effetti negativi conseguenti ad un trauma (Ubimino, 2014).

Se all'ascolto si unisce anche il movimento, come cantare, ballare, giocare, la letteratura fa emergere che queste possono essere utilizzate come strategie di coping, sia tra gli adolescenti che tra gli adulti, per la regolazione dell'umore, l'espressione di sé, rendendo più semplice il lutto, il rilassamento, la socializzazione, la riflessione, la riduzione dello stress, ed altro ancora (Garrido et al., 2015).

La musica diviene una "voce" diversa, uno strumento di comunicazione alternativo, per recuperare ed esprimere il proprio vissuto ed il proprio mondo interiore. Inoltre, la terapia mediante la musica sembra favorire l'aspetto relazionale, conducendo il paziente ad una migliore relazione con l'altro (Sutton, 2002).

Le tecniche esposte vedono l'individuo come un'unità bio-psico-sociale, in cui mente e corpo non sono entità separate ma "reciproche" e parti integranti di un "tutt'uno". Di fronte al trauma, tali tecniche fanno sì che venga ascoltato il corpo, le sensazioni, i pensieri e "Quando si attivano le sensazioni viscerali e si ascolta il nostro cuore spezzato – quando, cioè, si seguono i percorsi interocettivi dei nostri recessi più profondi – le cose cominciano a cambiare" (Van Der Kolk, 2015).

Sebbene alcuni spunti siano stati condivisi con M., nel merito dell'utilizzo della respirazione per "autogestire" l'ansia, oppure nell'incoraggiare all'attività motoria e musicale che le consentisse di sperimentare il proprio corpo in un'accezione positiva e la relazione con l'altro, ho immaginato, che nel proseguo di un percorso, tali spunti potessero essere approfonditi a favore di un "percorso di cura" che aiutasse M. a superare il trauma, collocandolo in un'esperienza passata, per poter "guardare avanti".

## Conclusioni

*“I miei pazienti e analizzandi mi hanno portato così vicino alla realtà della vita umana, che mi hanno costretto ad apprendere cose essenziali. Gli incontri con la gente più varia, e di tanto differenti livelli psicologici, sono stati per me incomparabilmente più importanti di episodiche conversazioni con celebrità.*

*I colloqui più belli e più significativi della mia vita furono anonimi.”*

*Jung, C. G. (1998)*

Come Jung, anche Winnicott dedica una delle sue più famose opere ai pazienti dai quali lui stesso ha imparato.

Vorrei concludere quindi con una riflessione sul ruolo del terapeuta, il cui tema mi rimanda ad una delle prime lezioni con il professor Grandi durante il percorso di specializzazione.

L'argomento della lezione era, allora, *la sindrome dell'abbandono*, con i risvolti clinici sia sul tema del trauma, sia sulle conseguenze, sia, appunto, sul ruolo dello psicoterapeuta.

In quell'occasione venne ripreso il racconto dell'addio di Rinaldo ad Armida in “Gerusalemme liberata” di Torquato Tasso.

In M. ho rivisto la sofferenza di Armida che viene pervasa dai sentimenti di rabbia, vergogna e senso di colpa che si esplicita quasi nel prendere su di sé la responsabilità di quanto avvenuto, per lei e per la sua famiglia.

Le conseguenze principali all'evento traumatico sono state:

- la mancanza di fiducia in sé stessi,
- la delega ad altri/dipendenza da altri per superare le avversità della vita dove la guida risulta come qualcosa di rassicurante.

Di fronte a tale sofferenza, il terapeuta deve essere in grado di rivivere la sofferenza del paziente, comprenderne il dolore, capirlo, entrandoci dentro, condividendolo; ma senza farsi sopraffare, perché *la strada maestra è proprio il cuore.*

Il terapeuta è lo strumento essenziale della terapia, capace di “essere con” e non solo “per” il paziente (Grandi, 2016).

Il terapeuta deve lavorare affinché si realizzi la sintonia emotiva con il paziente, sia capace di rassicurare, sia dotato di forza per favorire il processo di crescita del paziente sperimentando le difficoltà che lo affliggono.

Nella relazione terapeutica c'è un *Io* (il paziente) che si rivolge a un *Tu* (il terapeuta); c'è la richiesta di aiuto per una condizione di dolore e perdita che si materializza davanti a sé.

Nell'incontro con il terapeuta, l'obiettivo è favorire il benessere attraverso una relazione in cui si attribuisce significato dove la diagnosi è “necessaria e fondante per la progettazione di un percorso terapeutico. È il concetto di progetto, la bussola che guida [...]” (Grandi, 2016).

Durante la lezione, vennero esplicitati i due principali mandati dell'incontro terapeuta/paziente:

- la *comprensione* da cum-prehendere, “afferrare insieme”, con la ragione, un contenuto conoscitivo;
- la *compassione*: da cum-patior, “soffrire insieme”.

Tale affermazione si collega ad un altro concetto espresso in apertura al *XXVII Congresso Nazionale della S.I.P.I* che provo a riassumere: il trattamento coinvolge e trasforma sia il paziente che il terapeuta; l'atteggiamento empatico è essenzialmente costituito dall'assunzione della funzione materna da parte dello psicoterapeuta; si traduce nel pensiero adleriano di *vedere con gli occhi del paziente, ascoltare con le sue orecchie, sentire con il suo cuore*.

Si deve partire dall'energia, anche se scarsa, ancora presente nella persona che soffre che è la difficoltà maggiore perché vi è un *abbandono della propria volontà*. Come afferma Grandi (2016): “è lo sconvolgimento di chi si sente naufrago in un oceano tempestoso avendo al contempo smarrito la guida della stella polare”.

Il rispecchiamento nell'altro, il farci coinvolgere con atteggiamento empatico, deve avere una sua evoluzione nel cambiamento e nella trasformazione – che vale per entrambi – avvalendosi di *sentimento sociale e sé creativo*.

E ancora: “Soffermarsi in modo eccessivo sul passato può indurre un aggravio del malessere, specie in soggetti con tendenza al ripiegamento sull'intrapsichico [...] Il terapeuta sa che il carico deve essere alleggerito, una volta conosciute le cause di sofferenze incarnite” (Grandi, 2016).

Durante il Congresso, il professor Grandi ha introdotto il tema del “contagio positivo” e della pratica dell'incoraggiamento, definito come il mandato dello psicoterapeuta. Lo psicoterapeuta deve operare con oggettività: si deve riconoscere l'altro, si deve incoraggiarlo “senza raccontare storie”, senza farci pervadere dai propri valori.

Viene citato in questo contesto un articolo di Hersoug A.G. (2015) “Assessment of therapists' and patients' personality: relationship to therapeutic technique and outcome in brief dynamic psychotherapy”, che riporta uno studio il cui obiettivo è quello di esplorare alcune caratteristiche personali dei terapeuti come predittori della qualità della psicoterapia: fra queste caratteristiche si riscontrano la stima di sé, la speranza, l'incoraggiamento, il calore umano, l'intelligenza, l'attenzione selettiva, la creatività.

La pratica dell'incoraggiamento quindi si fonda sulla stima del paziente “per quello che è”, sulla fiducia sulle sue capacità.

L'incoraggiamento inoltre prevede di essere in confidenza con le emozioni negative del paziente e di comprendere realisticamente le possibilità di cambiamento.

Talvolta può essere utile cedere alle “eccezioni creative”: situazioni in cui “stare fermi”, “non reagire”, potrebbe essere dannoso. Per questo motivo, l'immedesimazione può aiutare il terapeuta ad intervenire efficacemente.

Essere “vicini empaticamente” al paziente può consentire che l'interpretazione possa essere più facilmente “digerita” in quanto si tratta di svelare debolezze e frustrazioni. Ciò che sembra importante è sempre mantenere la confidenza con le proprie emozioni, non solo da un punto di vista cognitivo (che si traduce in consapevolezza) ma anche emotivo.

Lo psicoterapeuta, *come il buon samaritano*, possiede un bagaglio di strumenti (*la teoria e il metodo*) per poter aiutare il paziente, con attenzione alle proprie emozioni, in termini di confidenza più che di consapevolezza, e al contesto, l'ambiente, per poter agire.

Si deve quindi lavorare sulla *capacità di resilienza* che può essere sviluppata partendo dal *senso di fiducia* e quindi dalla *relazione*. Da questo si potrà lavorare sull'*autostima* e sul *senso di sicurezza* recuperando la *forza di volontà* perduta.

## *Ringraziamenti*

*Giunti alla conclusione di questo anno particolare e al progetto di tesi, ci tengo molto a dedicare alcune righe alle persone che insieme a me, hanno condiviso questo percorso di crescita.*

*Vorrei ringraziare il mio gruppo classe con il quale ho condiviso le gioie e le difficoltà di questi quattro anni che sono stati intensi, impegnativi e per questo ricchi di emozioni, condivisioni e stimoli per crescere insieme.*

*Vorrei esprimere il mio senso di profonda gratitudine per quanti coloro sono stati nostri punti di riferimento, a partire dai nostri tutor, Elisa e Luca, importanti e preziosi "incoraggiatori", a chi ha guidato le nostre supervisioni, e non posso non citare Emanuela, il prof. Grandi, e i professori che sono stati non solo fonti inesauribile di conoscenza ma per me "maestri di vita".*

*Ringrazio davvero tanto la prof.ssa Bastianini Anna Maria che ha accolto la mia domanda, che mi ha supportato nel progetto di tesi, non solo con la sua esperienza e professionalità, ma anche con il sostegno morale che, nonostante la distanza, ho sentito vicino a me.*

*Vorrei ringraziare Tiziana che mi ha seguito come tutor durante il mio tirocinio e che sarà sempre una collega importante di riferimento nella mia vita, professionale e personale.*

*Infine, ma non per ultimi, vorrei ringraziare chi mi ha incoraggiato ad intraprendere questo percorso e coloro che hanno visto questi quattro anni insieme a me, e quindi, in particolare, Antonio, Danilo, Gioele, Giuditta, Luisa, Ombretta, Nilvia, Paola, Roberto, vi ringrazio dal profondo del cuore.*

## APPENDICE

### 1.1 Raccolta anamnestica: cronologia

1996 - marzo nasce M. in Ecuador

2000 nasce il fratello

2001 il padre va per la prima volta in Italia

2004 il padre ritorna in Ecuador dopo 3 anni di lontananza

2008 – maggio la famiglia raggiunge il padre in Italia

2008 - dicembre M. viene ricoverata in ospedale - coma 10 gg da cui esce con un'amnesia  
– prime crisi epilettiche

2009 - emorragia cerebrale

2013 - trapianto renale – crisi epilettica

Diploma medie

Durante la scuola superiore, continua a fare controlli in ospedale, chemioterapia. Rientra a scuola definitivamente al terzo anno delle superiori

2016 – crisi epilettiche

2017 - Attestato di frequenza delle scuole superiori.

2018

Iscrizione a Is.For.Coop (informatica – 3 anni)

Inserimento nel Progetto di vita Indipendente

Inizio colloqui psicologici

2019 – ultima crisi epilettica

Dicembre 2020: conclusione colloqui psicologici

## 1.2 Raccolta anamnestica: foto

Venerdì 16 novembre

Per avvicinarmi alla storia e alla vita di M. e per aiutarla nella narrazione di sé, le chiedo se le facesse piacere portare alcune foto personali che le piacciono.

In questo contesto, considerando le premesse trasmesse sulla difficoltà di memoria, come per esempio nel fissare degli obiettivi a breve termine, colgo l'occasione per approfondire se dalla volta scorsa ad oggi, M. si ricorda di questo nostro "compito da svolgere insieme".

La paziente arriva in seduta con diverse foto che ritraggono lei da piccola, in particolare relative alla sua vita in Ecuador, e un paio che risalgono ai primi giorni di trasferimento in Italia (2008). Noto che tutte le foto presentate raffigurano la sua vita "prima della malattia".

I soggetti delle foto sono lei, la famiglia e i suoi amici. In alcune foto, M. non appare. Sono presenti i parenti, il fratello, gli zii.

La condivisione delle foto è l'occasione per approfondire alcuni elementi: mi conferma di aver imparato la lingua italiana l'anno stesso della malattia; emerge per la prima volta la sofferenza del fratello quando lei stava male (in una foto dove è rappresentato unicamente suo fratello osserva che nel periodo in cui stava male, *era ingrassato molto*); colloca la componente ansiosa come componente del suo carattere (*sono sempre stata ansiosa prima la controllavo, ora no*). Poiché le foto portate in seduta sono tante da poter essere esplorate in uno spazio breve come quello della seduta, le chiedo se le andasse di selezionarne alcune per soffermarci sulle stesse. Ne individua sette:

1. *Io felice a scuola*
2. *Io e lo zio che facciamo cose insieme* (il fratello del papà)
3. *Il viaggio in Italia*
4. *Felice con un animale* (nella foto c'è solo la cagnolina Sissy)
5. *Il ricordo di quando ero piccola* (la nonna con la foto della bisnonna)
6. *Il primo giorno di scuola con mio fratello*
7. *Felice con la mia famiglia*



In ordine di presentazione, mi parla delle prime tre foto:

### *1. Io felice a scuola*

Si ricorda che è la foto con suo fratello e un gruppo di amici.

Mi parla di feste fuori dall'orario scolastico in cui ci si vedeva tutti: un gruppo di amici, maschi e femmine, anche più grandi. Una compagnia che ora qui non ha.

Riferisce di una migliore amica "Valentina"

La sua materia preferita all'epoca era la ginnastica. Dice che in Ecuador si fanno cose più fisiche e "forti": addominali, correre sotto il sole. Racconta che la sceglievano per tutti gli sport. Dice di essere sempre stata timida ma di aver fatto molte cose come il ballo. Non le piaceva la matematica e il papà gliel'ha insegnata (ridendo ironizza che è stato difficile). Parla di una gita allo zoo a undici anni. Lei era contenta di andare a scuola. Andava d'accordo con tutti ma riferisce anche di aver reagito di fronte alle provocazioni: un suo amico l'aveva presa in giro perché era stata male a causa della puntura di una zanzara per cui era stata in ospedale. Così lei aveva reagito aggressivamente/fisicamente "se qualcuno mi provoca reagisco", riferisce di altri episodi minori dove alla fine fa amicizia con l'amico con cui si era ritrovata in conflitto.

### *2. Io e lo zio che facciamo cose insieme*

Lo zio che poi è andato in Spagna dopo che è partita per l'Italia. Lo rivede pochi giorni in Italia ma poi non l'ha più visto. In Ecuador passava del tempo con lui quando la mamma lavorava per fare i tour turistici in macchina. Lo ha rivisto due volte dopo l'Ecuador, in Spagna e poi in Italia. Lo zio si chiama Nilo. Solitamente la portava al mercato a fare colazione con panino e frullato. Al mercato incontrava la cugina Narsisa, figlia della sorella del padre e ha un bel ricordo perché lo zio le comprava il mango a cui lei piace tanto. Le stava dietro perché il padre non c'era.

### *3. Il viaggio in Italia*

Si ricorda di essere partita alle 6 del mattino il 1° maggio del 2008. Erano partiti verso l'aeroporto tutti: parenti, amici, amici di mamma, vicini, per salutarli. Piangevano tutti, anche lei. Fanno tappa a Madrid dove dovevano incontrare un amico ma non riescono. Arrivano a Milano il giorno successivo, sempre al mattino presto e c'erano le zie, lo zio e il padre ad aspettarli. Era contenta per il nuovo posto, la nuova lingua. Era contenta per rivedere il padre. Rimane stupita quando la salutano con due baci (gesto culturale italiano) mentre lei era abituata ad un unico bacio.

Prima di partire sapeva che sarebbero rimasti in quanto il papà le aveva anticipato che si sarebbero trasferiti in Italia. La mamma aveva preparato i documenti con alcune difficoltà: inizialmente, infatti, pensava che sarebbe alla fine rimasta in Ecuador e si era iscritta al college con la cugina ed era felice perché avrebbe potuto fare la cheerleader. Era pronta quindi per iniziare la scuola in Ecuador.

## 2.1 Diagnosi: il profilo diagnostico

*Profilo Dinamico Funzionale \_ 06/02/2017*

### ASSE COGNITIVO

Lo sviluppo cognitivo globale risulta disarmonico con cadute cognitive settoriali: si osserva scarsa capacità di analisi, sintesi e astrazione. Possiede buona capacità organizzativa. Lo stile di apprendimento è sistematico: procede sequenzialmente per piccoli passi ma con difficoltà nella capacità di utilizzare in modo adeguato conoscenze e competenze precedenti per affrontare compiti nuovi. Le strategie cognitive sono in evoluzione e con opportuni interventi, può migliorare la performance.

### ASSE AFFETTIVO-RELAZIONALE

Consapevole delle sue gravi compromissioni, ha raggiunto nel tempo una buona coscienza di sé e una adeguata autostima. Il rapporto con gli adulti o con i coetanei è adeguato.

### ASSE COMUNICAZIONALE

La comunicazione verbale risulta adeguata e spontanea. I contenuti della comunicazione sono legati al contesto e alle esperienze quotidiane, ai propri interessi e agli apprendimenti scolastici. Può migliorare le proprie capacità comunicative.

### ASSE LINGUISTICO

Comprensione del linguaggio nella norma. Emergono difficoltà quando i messaggi presentano termini meno semplici o contenuti disciplinari complessi. La produzione verbale risente dei danni arrecati dalla patologia, con l'utilizzo di un linguaggio che miscela italiano e spagnolo e uno scarso patrimonio semantico. In situazioni di ansia e stress si crea un "ingorgo linguistico" che ha difficoltà a tradurre idee in parole, pensiero o frase.

## **ASSE SENSORIALE**

Vista: ha avuto interventi agli occhi sia destro che sinistro. Attualmente a destra, ha una vista parziale. L'udito è buono, sente meno dall'orecchio destro.

## **ASSE MOTORIO-PRASSICO**

Motricità globale, fine, prassie semplici e complesse risentono dei danni della patologia con emiparesi destra.

## **ASSE NEUROPSICOLOGICO**

Capacità attentive mnesiche risentono dei danni della patologia. In una situazione di apprendimento, segue prestando attenzione, ma ha bisogno di semplificazione dei contenuti. Presenta difficoltà nella memorizzazione. Riordina correttamente eventi rispettando la sequenza temporale. Sa orientarsi nello spazio vissuto. Stimolata al recupero delle informazioni, richiamando argomenti trattati e collegandoli ai nuovi, può potenziare le proprie capacità mnesiche.

## **ASSE DELL'AUTONOMIA**

Ha una buona autonomia, ma non completa a causa della emiparesi a destra, nelle attività legate alla quotidianità. Ha ottima cura della sua persona. L'autonomia personale e sociale è in evoluzione.

## **ASSE DELL'APPRENDIMENTO**

La lettura è lenta, non sempre corretta. La scrittura è lenta, approssimativa nei contenuti e presenta errori ortografici. Le conoscenze e le competenze sono migliorabili con adeguata applicazione e supporto all'apprendimento.

## 2.2 Diagnosi: i test utilizzati

M. chiede supporto psicologico al servizio, all'interno del quale è già seguita, sotto consiglio della logopedista e successivamente della psicologa a cui si è rivolta inizialmente. La motivazione che racconta durante il primo colloquio è legata allo stato di confusione e di ansia emerso anche durante le prove linguistiche.

La diagnosi a livello funzionale di M. è accurata e "assecondando" il suo desiderio di esprimersi, insieme alla fatica e all'ansia di sentirsi sempre "alla prova", si decide di condurre alcuni primi colloqui conoscitivi prima di proporre, in un secondo momento, alcuni test clinici. La scelta ricade su alcuni test, disponibili in struttura, meno strutturati (si decide per esempio di non utilizzare il test di intelligenza) e che presuppongono l'espressione e la relazione con il clinico.

I test utilizzati sono:

- Il Wartegg;
- L'Albero di Koch;
- Il T.A.T.

Poiché M., destrimane, ha dovuto imparare a scrivere con la mano sinistra, e quindi la scrittura risulta compromessa dalla sua patologia, i primi due test non potranno essere utilizzati a livello diagnostico ma se ne osservano alcune caratteristiche:

- Rispetto al *Wartegg*, i disegni risultano in generale "piccoli" di dimensione e poveri di elementi. In singoli casi, emergono alcuni elementi di originalità e creatività. Il tratto è leggero e tendenzialmente curvo. I disegni tendenzialmente trovano una loro chiusura. La lettura del *Wartegg*, si allinea alla personalità che M. porta in stanza: la coscienza di sé e del proprio limiti, l'ansia di prestazione, il desiderio di essere nel mondo ma allo stesso tempo la chiusura in sé in chiave talvolta depressivo. Si tiene conto che il riquadro 7, legato all'integrazione della sessualità, non viene elaborato da M.

- Rispetto al *Disegno dell'Albero*, si osserva anche in questo caso una scarsa vitalità data da un'immagine poco elaborata e povera di elementi. L'albero è posizionato in alto e leggermente decentrato a sinistra. La chioma è folta, leggermente schiacciata ma proporzionata alle misure del tronco che non ha una base di appoggio né tantomeno le radici. Gli elementi aggiuntivi che si osservano sono due rami stilizzati che si interrompono, a cui sono appesi due frutti che appaiono come elementi poveri convenzionali e conformi all'istruzione di disegnare un albero da frutta. La linea è leggera e curva.

Il risultato è quello di un albero sradicato, appeso, rivolto in alto e si possono ipotizzare alcune interpretazioni: introversione, attaccamento al passato, senso di inferiorità, coscienza di sé, instabilità emotiva, insicurezza, incompiutezza, allontanamento dal reale, aspirazione all'ideale.

Rispetto al T.A.T., a scopo diagnostico, vengono scelte e presentate a M. le seguenti tavole: I, II, III, IV, V, VI.

Ad un incontro successivo, a scopo esplorativo, si prosegue con le seguenti tavole: VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVII, XVIII, XVI.

M. alla prima presentazione delle tavole, deve essere incoraggiata. Segue le istruzioni ma accede difficilmente alle emozioni. Dopo aver compreso meglio la richiesta, prova ad immaginare cosa possano provare i protagonisti ma con grande sforzo.

Rispetto al compito, le storie sono semplici e, alle prime tavole, basate sulla descrizione delle immagini. Si identifica con i personaggi femminili e i cliché sono tendenzialmente rispettati. Nei racconti, prevalgono stati interiori di abbattimento, sfiducia, tristezza, passività, talvolta rabbia ma sempre contenuta o negata, rispetto alle situazioni o ai personaggi dominanti. Si osserva un tempo di latenza superiore alla prima e alla sesta tavola dove dichiara la difficoltà ad elaborare una storia. I meccanismi di difesa prevalenti sono la negazione, l'intellettualizzazione volti a lontanare principalmente l'aspetto emotivo.

Per le caratteristiche emerse, si deduce una conflittualità intrapsichica, con affetti prevalenti di tipo depressivo e alla base un funzionamento di tipo nevrotico.

### 2.3: il test "Wartegg"

**CONSEGNA** In ciascuna di queste caselle vede iniziato un disegno. Lei deve continuarlo e completarlo nel miglior modo possibile, secondo il suo gusto.  
Puoi incominciare da qualunque casella. Ogni volta che terminerà un disegno scriverà qui sotto, nell'ORDINE DI ESECUZIONE, il numero della casella che ha completato ed accanto il significato del disegno eseguito.

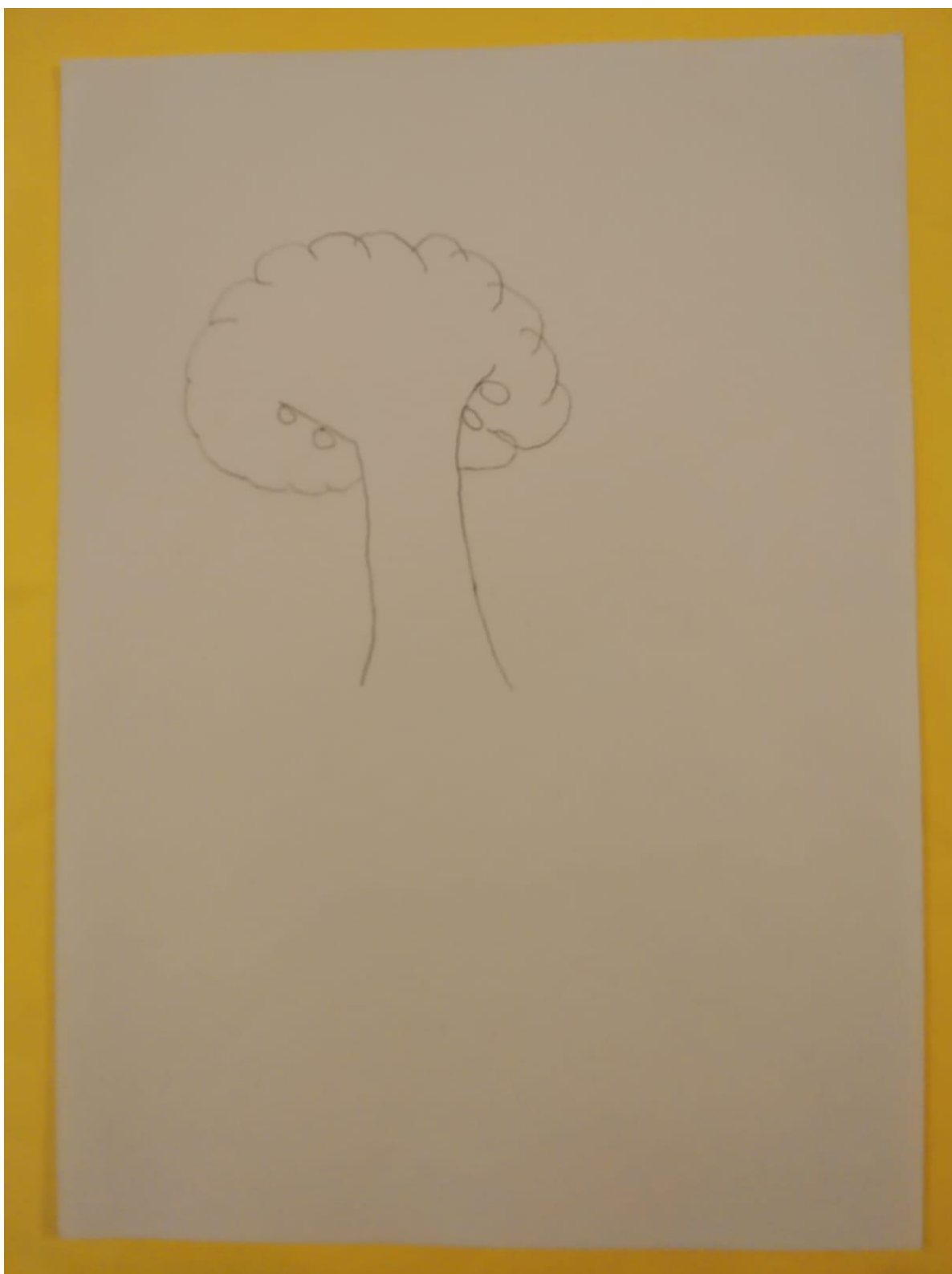
**ORDINE DI ESECUZIONE**

Numero 1	Significato	Spirale
Numero 2	Significato	Nuvola
Numero 8	Significato	Sole
Numero 4	Significato	Aquilone
Numero 3	Significato	fiore
Numero 6	Significato	Casa
Numero 7	Significato	cerchietto
Numero 5	Significato	Uno

Quale segno iniziale le è sembrato più piacevole da completare?	N° 2
Quale segno iniziale le è sembrato più sgradevole da completare?	N° 6
Quale disegno le è riuscito meglio?	N° 1
Quale disegno le è riuscito peggio?	N° 8

## 2.4 Diagnosi: il test “Albero di Koch”





## Bibliografia

Adler A., (1997), *Il senso della vita*. Newton Compton Editori, Roma.

Adler A., (1912), *Il temperamento nervoso*. Newton Compton, Roma.

Adler A., (1978), *Il temperamento nervoso. Principi di psicologia individuale comparata e applicazioni alla psicoterapia*. Casa Editrice Astrolabio, Roma.

Adler A., (1907), *Studio sull'inferiorità degli organi*. Mimesis Edizioni, Sesto San Giovanni.

Adler A., (1917), *The Neurotic Constitution*. Moffat Yard, New York.

Adler A., (1962), *What Life Should Mean to You*. Unwin Books, London.

Bach R., (1977), *Il Gabbiano Johnathan Livingstone*. BUR-Rizzoli, Milano.

Breuer J. e Freud S. (1892), *Comunicazione preliminare: sul meccanismo psichico dei fenomeni isterici* in "Opere", vol.1, Boringhieri, Torino.

Banham Bridges K.M., (1932), *Emotional Development in Early Infancy*. In "Child Development" Vol. 3, No. 4 (Dec. 1932), pp. 324-341 - Published By: Wiley.

Caretto F. (2008), *Autismo e sessualità*, Fondazione ARES, Roma.

Caudana S. (2010), *La finzione nel percorso di formazione alla psicoterapia*, in "La rete delle finzioni in psicoterapia". Il Saggiario n.25 2010. Effatà Editrice, Torino.

Cooley C.H., (1902), *Human Nature and the Social Order*. Charles Scribner's Sons, New York.

Di Summa F., Vidotto B., (2010), *Il concetto di "finzione" e suo rapporto con lo "stile di vita"*, in "La rete delle finzioni in psicoterapia". Il Saggiario n.25 2010, Effatà Editrice, Torino.

Featherstone M., (1994), *Cultura del consumo e postmodernismo*. SEAM, Roma.

Fornari U. (1977-1978), in *Lezioni di Psicologia Individuale* di Francesco Parenti. Quaderni della Rivista di Psicologia Individuale SIPI, Milano.

Freud S. (1917), *Introduzione alla psicoanalisi*. Newton Compton Editori, Roma.

Freud S. (1923), *L'Io e l'Es*. Bollati e Boringhieri, Torino.

Freud S., (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. Newton Compton Editori, Roma.

Gagliano R. (2019), *Introduzione al mondo delle finzioni*. In "Fenomeno e Noumeno. Le due facce della stessa medaglia" dalla collana "Il Sestante". Effatà Editrice, Torino.

Garrido S., Baker F. A., Davidson J. W., Moore G., Wasserman S. (10/07/2015), *Music and trauma: the relationship between music, personality, and coping style* in "Frontiers in Psychology", 6: 977

Gherardini P. (2009), *Disabilità e adultità*, in "Il disabile adulto. Anche i disabili diventano adulti e invecchiano". Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).

Gherardini P., Branca M. (2004), *Centro di ascolto AIPD-Sez. di Roma tra consulenza e residenzialità*, in "Il loro futuro ha una casa", Atti del convegno sulla residenzialità e i disabili intellettivi. Roma 10-11 dicembre 2004, p.42.

Gindro S. (1993), *L'oro della Psicoanalisi*. AGE-Alfredo Guida Editore, Napoli.

Goussot A. (2009), *Il disabile adulto. Anche i disabili diventano adulti e invecchiano*. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (RN).

Grandi L.G., (2009), *Colpa e senso di colpa: riflessioni*, in "Il Saggiario nr 23". Effatà Editrice, Torino.

Grandi L.G. (2010), *Finzioni e loro operatività in analisi e nella vita reale dell'uomo*, in "La rete delle finzioni in psicoterapia". Il Saggiario n.25 2010. Effatà Editrice, Torino

Grandi L.G. (2016), *Amore e Psyche. Percorsi di psicoterapia Individual-psicologica*. Effatà Editrice, Torino.

Grandi L.G. (2019), *Se questo è un Altro. Conoscenza di sé e consapevolezza*. Effatà Editrice, Torino.

Hersoug A.G. (2005), *Assessment of Therapists' and Patients' Personality: Relationship to Therapeutic Technique and Outcome in Brief Dynamic Psychotherapy*, in "Journal of Personality Assessment n.83" (3): pg.191-200.

Hillman J., (1983), *Le storie che curano. Freud, Jung, Adler*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Jung C. G. (1998), *Ricordi, Sogni, Riflessioni*. Edizioni BUR, Milano.

Laguzzi S. e Marconetto F. (2018), *Riv. Psicol. Indiv.*, n. 83: pg. 9-36.

Luborsky L. e Crits-Christoph, P. (1998), *Capire il transfert*. Cortina, Milano.

Luborsky L. e Luborsky E., (2008), *La psicoterapia psicoanalitica*. Il Mulino, Bologna.

McWilliams N., (2002), *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Mead G.H., (1934), *Mind, Self, and Society*. Charles W. Morris, University of Chicago Press.

*Mindfulness-based Cognitive Therapy*: [www.mbct.co.uk](http://www.mbct.co.uk)

Mirante R. (2021), *Trauma infantile e psicoterapia attraverso il gioco: una forma di neurofeedback relazionale?*, in (a cura di) Bastianini A.M., "Bambini in psicoterapia. Un approccio adleriano tra psicoanalisi e neuroscienze". Carocci editore, Roma.

Moshe Bensimon, Dorit Amir D.A., Yuval Wolf (2008), *Drumming through trauma: Music therapy with post-traumatic soldiers*, in "The Arts in Psychotherapy vol. 35", Issue 1, (pg.34-48).

Oms (2013), *Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020*, [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it).

Pagani S. (2003), *La colpa come finzione*. In "Rivista di Psicologia Individuale, n. 53: 63-78, Milano.

Peronace A. e Caudana S., (2019), *La tematica del corpo in situazioni di ospedalizzazione precoce*. In "Il Saggiario. Psicologia 4.0". Effatà Editrice, Torino.

Pelizzari G. (2010), *La seconda nascita. Fenomenologia dell'adolescenza*. Franco Angeli Editore, Milano.

Pesci C. (2009), *Desiderio, sessualità, differenza di genere e disabilità*. In "Il disabile adulto. Anche i disabili diventano adulti e invecchiano", a cura di Goussot Alain. Maggioli Editore.

Pierobon A., Callegari S., Mastretta E., (2006). *Dalla riabilitazione al reinserimento socio-familiare nel paziente con Trauma Cranio-Encefalico. Lettura di un caso clinico attraverso i dati di qualità di vita*, in "Suppl Psicologia 2", 28:3, 119-122, Pavia.

Rowling J., (2007), *Harry Potter e i doni della morte*. Salani Editore, Firenze.

Schulz in Hoffman B. (1980), *Manuale di Training Autogeno*. Edizioni Astrolabio, Roma.

Sandomenico C. (2010), *Adolescenze di confine. Riflessioni intorno a un triangolo "impossibile": adolescenza/disabilità/sexualità*. In "Disabilità intellettiva e sessualità". Franco Angeli Editore, Milano.

Sanfilippo B., (2007), *Itinerari adleriani. La psicologia del profondo incontra la vita sociale*. Franco Angeli, Milano.

Shapiro F. e Forrest M.S. (1998), *EMDR. Una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica*. Casa Editrice Astrolabio, Roma.

Sutton J. P. (a cura di) (2002), *Music, music therapy and trauma – International perspectives*. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.

Ubimino (04/11/2014), *La musicoterapia è efficace per combattere la depressione di bambini e adolescenti*: <http://www.ubimino.org/interventi/metodi-teorie/878-la-musicoterapia-e-efficace-per-combattere-la-depressione-di-bambini-e-adolescenti.html>.

Van Der Kolk B. (2015), *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Winnicott D.W., (1974). *Gioco e realtà*. Armando, Roma.

Zecca G. (1982), *Il bambino inferiorizzato*. Giunti Barbèra, Firenze.