

Una riflessione, a partire dal racconto di un caso clinico, sulla possibilità di trattare i pazienti gravi integrando modelli terapeutici differenti

Romana Cuomo

Lavorare con pazienti che hanno una grave compromissione del funzionamento personale, professionale e sociale, come ad esempio i pazienti con disturbi di personalità, dell'umore, o con disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti, è motivante ma sicuramente complesso, poiché le conseguenze generali di tale compromissione sono molteplici e fin dal primo secondo di terapia appare chiaro che, indipendentemente dall'impalcatura teorica del proprio modello di formazione, per questi pazienti è molto difficile fare progressi e mantenerli stabili nel tempo, generalizzandoli a tutti i contesti di vita.

Quando più di sei anni fa ho accettato di seguire D., un ragazzo diciassettenne con Disturbo da stress post traumatico – complesso, nuttivo un po' di timore e forse anche di scetticismo in merito alla possibilità di poter lavorare secondo l'ottica della Control Mastery Theory con questa tipologia di pazienti, principalmente a causa di due fattori: la percezione di padroneggiare questo modello terapeutico da non abbastanza tempo per trattare questi pazienti e un preconconcetto sviluppato durante la formazione di psicoterapeuta cognitivo-comportamentale secondo cui, al paziente è necessario approcciarsi formulando delle domande ben precise, necessarie a costruire la formulazione del caso. Quest'ultima comprende la descrizione della sintomatologia presentata, il profilo interno del disturbo (quindi le credenze, gli stati mentali e gli scopi che rendono ragione del funzionamento del problema presentato), i fattori e dei processi del mantenimento di quella sintomatologia, e infine i trigger personali e sociali responsabili di quest'ultima e dei fattori di vulnerabilità che espongono il paziente a ricadute. Il trattamento che ne deriva risponde quindi alla

comprensione di questi elementi e poggia oltre che su una salda relazione terapeutica (fondamentale per ogni tipo di approccio), anche su una “valigetta di attrezzi” utili al terapeuta: le tecniche cognitive e comportamentali ed eventualmente l’uso di protocolli, differenti a seconda del disturbo del paziente e da rispettare pedissequamente nella loro applicazione.

Il timore che nutrivo rispetto all’idea di lavorare in ottica Control Mastery Theory con un paziente così grave, derivava dall’errata idea che, pur essendo estremamente precisa rispetto all’inquadramento del funzionamento del paziente (Gazzillo, 2021), (si pensi alla precisione del “piano del paziente” che viene formulato a partire dai trascritti dei primi due incontri), fosse troppo poco indicativa sul “cosa” e “come” fare concretamente di fronte a sintomi ben precisi e soprattutto intensi. Chiaramente questo timore era rafforzato dalle implicazioni della mia personale formazione, secondo cui sarebbe sempre necessario, una volta individuato il funzionamento del paziente, ricorrere a tecniche, protocolli e così via. Con il tempo mi è stato chiaro che per tutti i pazienti, non solo per quelli dal funzionamento nevrotico, è “sufficiente” scrivere un piano corretto e cercare di fare quanto esso prescrive al meglio delle proprie possibilità, quindi provando a superare i test del paziente, utilizzare il giusto atteggiamento, cogliere le comunicazioni di coaching e chiaramente farsi supervisionare da un senior (il tutto senza necessariamente escludere l’utilizzo di tecniche terapeutiche precedentemente apprese o rinnegare l’utilità di protocolli di lavoro specifici se e quando considerati pro-plan per il paziente).

Quella con D., è stata la terapia che ha fortificato tale consapevolezza perché il disturbo che da anni comprometteva la sua vita, era quello da Stress Post-Traumatico Complesso (C-PTSD), una condizione psicologica derivante da traumi prolungati e ripetuti, come abusi o trascuratezza, con sintomi più pervasivi e complessi del PTSD “semplice”. Le manifestazioni sintomatologiche sono varie e includono la ri-sperimentazione del trauma subito, l’evitamento e iperattivazione per quelle situazioni attuali che per certi aspetti sono simili o ricordano al paziente l’evento traumatico, ma anche alterazioni gravi e durature

nella regolazione delle emozioni, nella percezione di sé, nei rapporti interpersonali, negli stati di coscienza, con conseguenti problemi di somatizzazione, tendenze suicide e una forte compromissione del funzionamento sociale.

Quando D. cominciò la terapia aveva diciassette anni. Sua madre si precipitò nello studio in cui lavoravo chiedendo disperatamente aiuto, specificando sulla porta di ingresso che lei e il marito vivevano, da anni ormai, una situazione insostenibile a causa del comportamento aggressivo del figlio, manifestato sia in forma verbale che fisica. Spiegò che era stato adottato all'età di nove anni e che quel che avevano saputo anche dai suoi stessi racconti, era che sua madre biologica lo aveva abbandonato con i suoi fratelli (un fratello e una sorella più grandi di lui ed un fratello più piccolo di lui) in un orfanotrofio, in cui per anni aveva subito quasi quotidianamente violenze e torture, fisiche e psicologiche, al contempo spettatore di altrettante. Una volta in Italia, da subito D. manifestò comportamenti aggressivi e violenti nei confronti dei genitori, degli insegnanti e di tutti gli amici di calcio e di classe, respingendo e detestando ogni forma di affetto o di contatto fisico. Aveva spesso incubi e non sopportava la presenza di regole nei vari contesti. Le uniche persone di cui riusciva a tollerare la presenza a meno di qualche metro di distanza erano il padre adottivo, solo a volte la madre adottiva, e un'insegnante di sostegno che non si era mai fatta intimidire dal suo comportamento oppositivo e provocatorio (calci, sputi, dispetti, ecc.) e che aveva trovato un modo per farsi tollerare da lui (D. mi raccontò poi che questa maestra, nonostante il suo comportamento violento, non lo aveva mai punito né sgridato e non aveva mai preteso che lui facesse tutto quello che gli veniva chiesto). Dai nove ai dieci anni, seguì un percorso con una terapeuta dell'età evolutiva che, utilizzò l'approccio dell'Emdr senza tuttavia riuscire ad ottenere un miglioramento clinico (nonostante l'apporto di un farmaco somministrato sia per la difficoltà di sonno che per la disregolazione emotiva), e da quel momento D. non ha mai più seguito un percorso.

La madre mi riferisce inoltre, che ci sono dei momenti in cui sembra distaccarsi totalmente dalla realtà, ad esempio quelli in cui guardano un film insieme e appaiono scene

di come combattimenti, guerre, ecc. D. comincia a dondolare su sé stesso incapace di rispondere ai richiami fino a che una volta toccato, riemerge da quella condizione spingendo via chi gli sta di fronte per poi chiudersi in camera con un umore molto negativo. L'episodio che spinse la madre a contattarmi fu una lite che scoppiò per una stupidaggine e alla quale lui reagì prendendola per il collo e scaraventandola al muro, soffocandola quasi. Durante il colloquio, i genitori raccontano che a preoccuparli di più (al di là della violenza che D. rivolgeva anche verso sé stesso oltre verso gli altri) era la totale assenza di relazioni, il suo completo disinteresse, quasi ribrezzo, per i coetanei che negli anni hanno tentato di fare amicizia con lui, coinvolgendolo in giochi, serate, uscite, ecc. ma con cui lui non ha mai voluto avere nulla a che fare. L'unica passione che consente al figlio di interfacciarsi con i coetanei è quella per il calcio e l'unico coetaneo che tollera da quando vive in questo paese è un ragazzo cileno, anch'esso adottato.

Durante il primo incontro, accolgo D. con un sorriso presentandomi e spiegandogli di cosa mi occupo e come mai avevo voluto incontrarlo. Lui mi risponde di essere venuto solo perché la madre è "una scema che si è messa a fare storie" e che lui non vuole fare "nulla di nulla". Gli rispondo che non deve sentirsi obbligato a restare se non vuole, che può provare a trascorrere solo un'ora con me e poi scegliere di fare come preferisce. Per la prima parte dell'incontro risponde a monosillabi alle mie domande senza mai guardarmi (o guardandomi torvo) e resta seduto a testa bassa con le spalle ricurve in avanti, manifestando un atteggiamento di chiusura e diffidenza. Osservandolo meglio, capisco che in realtà si sente agitato e probabilmente è spaventato, perché nonostante la visiera del cappello gli copre una parte del volto, si guarda attorno più volte e si pizzica continuamente le dita spingendo le unghie nella carne. Quando incontra il mio sguardo e lo abbassa immediatamente, capisco che l'ultima cosa che vorrebbe è qualcuno gli faccia un interrogatorio su come sta, su quello che ha vissuto da bambino. Osservare questo ragazzo spaventato da me, mi spinse a fare una cosa che con il senno di poi, definisco essere stato il superamento di un test per compiacenza sull'odio di sé, e cioè chiedergli: "Ma tu, che squadra tifi?". Di colpo D. alza lo sguardo, probabilmente stupito dalla domanda "non da

psicologa”, accenna un sorriso e mi risponde di essere Juventino. Poi mi chiede se mi piace il calcio e se sono tifosa di qualcosa e gli rispondo di essere tifosissima del Milan e di andare anche a Siro quando posso. Accennando un sorriso, lui mi risponde: “Blea’ che schifo, è scarsissimo il Milan. Però dai, sempre meglio di altre squadre. Ce l’hai la faccia da milanista *ora che ti guardo*. E sei davvero andata allo stadio a Milano?” mi chiede sorpreso ed incuriosito ma soprattutto guardandomi negli occhi per la prima volta. Gli rispondo di sì e gli faccio vedere le foto delle coreografie dei tifosi della curva sud e i video dei vari derby. Lui invece, mi racconta di quando andò allo stadio a Torino con il padre e di come si sentì emozionato come un bimbo, anche se aveva *già* dodici anni. Gli dico che a dodici anni non si è poi così grandi, ma lui fissandomi replica: “Io sono stato grande da subito. Non sono mai stato bambino”. In quel momento scelgo di non chiedergli “come mai?” (anche se farlo mi avrebbe permesso di ricostruire dettagli importanti della sua vita) perché il suo comportamento non verbale, i tuoi test osservativi e il fatto che mi aveva concesso un sorriso e uno sguardo solo quando gli ho parlato come si parla ad un ragazzo e non ad un ragazzo problematico, mi fanno capire che fallirei qualcosa di importante che riguarda il suo funzionamento. Percepisco che non lo farei sentire al sicuro.

Rimaniamo a parlare di sport ma il suo atteggiamento resta guardingo per tutto il tempo. Quando l’incontro termina, gli dico che mi ha fatto piacere conoscerlo e che per quanto riguarda la possibilità di rivederci (volutamente non utilizzo il termine “terapia” sempre a causa di quella sensazione che avevo sul compromettere il suo senso di sicurezza) può prendersi tutto il tempo che vuole per decidere, che in ogni caso quello spazio è solo nostro e quindi non riferirei nulla ai suoi genitori di quello che ci saremmo detti a meno che lui non avrebbe voluto. Sulla porta mi dice “io non voglio dire niente, non voglio parlare di me” e gli dico che allora parleremo di calcio e di quanto sono tremendi quei colori che tifa, cioè il bianco e il nero. Lui sorride e mi dice “Sempre meglio dei tuoi colori. Comunque va bene, ci vengo. Questo posto non fa schifo come quelli che ho visto e tu mi sembri meno peggio degli altri che ho conosciuto”.

Ci volle del tempo affinché D. si fidasse di me e mi raccontasse qualcosa e per un po', i nostri incontri furono quanto di più distante dalle terapie cognitivo comportamentali classiche per il disturbo da stress post traumatico complesso. Sapevo di essere ben lontana dal seguire questo caso secondo l'impostazione di un trattamento CBT standard e che se avessi iniziato una supervisione in quest'ottica, mi sarebbe stato detto che non stavo procedendo nel modo corretto perché mancava tutta una parte di inquadramento del paziente e che così avrei compromesso il trattamento. Tuttavia, non solo non avvertivo la necessità di attuare alcun protocollo bensì sentivo che assecondarlo nelle cose che mi raccontava e che non centravano nulla con la sua vita traumatica, chiedergli anche cose banali come preferenze in fatto di cibo, di cinema ecc., significava andare nella direzione giusta di farlo sentire al sicuro, e ciò perché sebbene fosse sempre sul chi va là e in uno stato di ipervigilanza, era tangibile una minore diffidenza rispetto al primo incontro e una maggiore voglia di raccontarmi qualcosa di sé, ma soprattutto mi guardava e a volte mi sorrideva e questo, onestamente, mi faceva sentire che ero sulla strada giusta.

In quei primi mesi parlavamo di calcio, mi faceva vedere i video dei goal che aveva segnato in quella settimana, ma anche dei videogiochi super complessi con cui giocava e che erano una sfida per lui, mi parlava dei film che aveva visto con i genitori e delle cose che stava imparando a cucinare e di quanti complimenti riceveva continuamente. Un pomeriggio, mentre mi stava facendo vedere un video di due goal segnati in una partita contro una squadra di un paese limitrofo e di quanto i suoi compagni di squadra fossero felici di aver vinto grazie a lui, provai a restituirgli l'idea che avere tutti quegli interessi e successi era la prova di quanto fosse un ragazzo pieno di qualità ma lui immediatamente si rabbuiò e mi rispose in tono severo e arrabbiato "non mi interessa niente di me, queste cose le faccio perché le devo fare, io non sono importante, non sono niente" e dato che avevo concesso a D. la possibilità di sperimentarmi come una terapeuta interessata a lui e ai suoi bisogni, non richiestiva né trascurante, gli risposi che per me lui lo era, importante, che sapevo che stava male e che meritava di avere qualcuno che lo aiutasse a star meglio e che le cose che gli avevo detto di lui, le pensavo davvero. Lui cominciò ad agitarsi e in tono

nervoso mi rispose: “No, non devi pensare queste cose di me, non mi interessa e non te l’ho chiesto. Non ti faccio vedere più niente di quello che faccio e ora me ne vado, tanto è finita l’ora. Ciao”. Provai a replicare ma lui era già alla porta ed io riuscì solo a dirmi “ciao D., ci vediamo Martedì”. Spesso, le modalità di testing più utilizzate da D. erano il passivo in attivo per compiacenza sulla credenza da Odio di sé insieme a quella di transfert per compiacenza sempre sull’odio di sé. Non tollerava alcun tipo di complimento gli venisse rivolto, ed anche una domanda in più diventava l’innescò di una risposta svalutante, del tipo “non mi interessa niente, sei cretina”, “Bò non lo so, non ti voglio rispondere” oppure non rispondeva nulla. Sembrava di camminare sulle uova e sentivo che dovevo sempre stare attenta a cosa dire e a come dirlo, persino a come guardarlo. Però sapevo di aver fatto un tentativo che a posteriori, definirei essere stato pro plan per D., perché la settimana successiva tornò e mi disse che non avrebbe voluto rispondermi così, che non è abituato ad essere visto dagli altri come un ragazzo intelligente che ha delle qualità, e i complimenti lo innervosiscono perché lui sa che non sono veri, che lui non è come viene descritto. Gli risposi che era tutto ok e che immaginavo avesse vissuto tante cose brutte che l’avevano portato a pensare di non meritare di essere considerato positivamente, ma che quelle cose che avevo detto su di lui le pensavo comunque, per cui poteva scegliere di fidarsi di me e di provare a raccontarmele per star meglio, oppure no. Da quel momento, la diga che aveva tenuto su la diffidenza di D. cominciò a scricchiolare perché pian piano cominciò a raccontarmi di alcuni episodi della sua vita e della sintomatologia che da tempo lo affliggeva. Mi raccontò di essere stato abbandonato dalla madre biologica (che chiamava “prostituta”) quando aveva quattro anni, assieme ai suoi tre fratelli (un fratello maggiore, e due minori, un maschio e una femmina). Inizialmente, lui il fratellino e la sorellina furono portati in un orfanotrofio diverso da quello del fratello maggiore, a cui mi disse di essere molto legato e di cui sentiva tantissimo la mancanza, per poi ritrovarsi tutti nello stesso istituto due anni dopo.

In questo posto, D. visse le esperienze più drammatiche che nel tempo mi racconta. Tutti i bambini subivano punizioni severissime alla minima infrazione di regola e i

maschietti venivano fatti combattere fra di loro o contro quelli più grandi per determinare chi fra loro dovesse ottenere razioni di cibo maggiori (dolci, caramelle o il bis di pasta e pane) o anche solo, come riteneva D., per divertimento dei grandi che erano lì. Chi fra di loro si rifiutava di combattere veniva picchiato con verghe o legato a termosifoni caldi o ad alberi presenti in giardino e lasciato senza acqua per ore. Un giorno mi raccontò, che per difendere un suo amichetto che era stato sgridato e schiaffeggiato, diede un calcio ad un adulto lì presente e che per punizione, fu messo dormire tutta la notte al freddo e al gelo sul primo scalino antistante l'istituto. Oppure ancora che quando si rifiutò di mangiare quello che avevano cucinato a pranzo, fu costretto a combattere contro un bambino più grande di lui che nella foga gli staccò un pezzo di orecchio provocandogli dei danni vestibolari che furono curati, tramite intervento chirurgico, solo una volta arrivato in Italia.

Un pomeriggio, durante uno di questi racconti, notai che mentre parlava osservava ritmicamente un orologio appeso alla parete, alla sua destra. Lentamente smise di parlare e cominciò a fissare un punto dietro di me, dondolando sul posto. Mi resi conto che era in uno stato dissociativo e siccome era troppo distante da me e non rispondeva mentre lo chiamavo, mi alzai e mi sedetti accanto a lui. Toccai la sua mano e gli chiesi se riusciva a sentire la pressione della mia stretta. Improvvisamente riemerse da quello stato e dopo qualche minuto di silenzio in cui mi sembrava confuso e spaventato, mi disse con un po' di vergogna che non sapeva cos'era questa cosa che era appena successa, ma che gli capitava spesso quando sentiva dei rumori che lo spaventano ma che erano familiari e mi spiegò che mentre parlava con me, il ticchettio dell'orologio della stanza gli ricordò quello dell'orologio presente nella mensa dell'orfanotrofio, che di solito era molto rumorosa ma quando era fra i primi ad arrivare la trovava vuota, e per lunghi minuti il ticchettio dell'orologio era l'unica cosa che sentiva in quella stanza così grande dove quasi sempre qualcuno finiva per essere punito. Gli spiegai che aveva avuto un episodio dissociativo, un meccanismo automatico che si verifica quando il cervello percepisce di essere in una situazione pericolosa, anche se non è realmente così e che questo si verifica quando abbiamo vissuto situazioni traumatiche di fronte alle quali abbiamo temuto per la nostra

vita (Van der Kolk, B. 2015). Mi chiese se poteva imparare a liberarsene e gli dissi di sì, che certamente poteva allenare la sua mente ad “ancorarsi al momento presente” tutte le volte che sentiva che si stava disconnettendo dalla realtà e piano piano a non evitare luoghi e situazioni che temeva. Quindi recuperai dalla “cassetta degli attrezzi” cognitivo comportamentali le tecniche di grounding e le condivisi con lui, esercitandoci a provarle. Questo momento fu cruciale per la nostra terapia perché già dalla settimana successiva, D. riuscì a parlarmi senza diffidenza di tutto quello che aveva vissuto e cominciò anche farmi delle domande ben specifiche. Voleva sapere perché faticava a dormire e faceva frequentemente incubi, come mai diventava aggressivo e cattivo nei confronti delle persone che provavano ad avvicinarlo o a toccarlo e perché non riusciva mai a rilassarsi e a godersi i momenti positivi e i successi della sua vita. Ma soprattutto perché si considerava un mostro, una persona inutile che sarebbe dovuta morire e non essere qui a dare solo problemi. Inizialmente condivisi con lui, in una sorta di psicoeducazione, quello che sapevo sul Disturbo da stress post traumatico – complesso e fino a quel momento, mi sembrava interessato e attento. E per essere ancora più precisa, gli fornì una tabella riassuntiva con tutti i sintomi spiegati dettagliatamente ma lui, con tono nervoso, mi disse: “ho capito, non mi interessa e mi sono scocciato. Posso andare via?”. Rimasi interdetta perché era stato lui ad avermi chiesto di aiutarlo a capire cosa avesse. E lui a questo punto, direi facendomi coaching, continuò dicendomi: “quando ero piccolo ascoltai una dottoressa dire a mia madre che io ero così difficile e problematico perché mi erano successe cose brutte e che non sarei mai guarito perché ero grave, infatti questa dottoressa, mi fece fare una specie di terapia in cui dovevo seguire le dita che andavano a dx e sx ma diventai sempre più aggressivo verso di lei e la interrompemmo”. In pratica, con quella tabella, gli stavo confermando (proprio come era successo nelle terapie precedenti) di essere un ragazzo problematico e senza speranza, esattamente come gli dettava la sua credenza patogena da Odio di sé. Rimproverandomi per quella necessità di essere fedele alla mia formazione di base, mi dissi che probabilmente bastava fargli capire da dove arrivasse quella sofferenza, perché credeva certe cose di sé e perché non riusciva a star meglio. Quindi gli spiegai che le

esperienze che aveva vissuto da bambino, l'abbandono della madre, le violenze subite, le violenze osservate sui suoi amici e i fratelli, il distacco da loro avvenuto con la sua adozione e il non sapere più nulla delle loro vite, erano stati dei traumi profondi rispetto ai quali aveva sviluppato l'idea di non meritare cura protezione e amore (senso di colpa da odio di sé), ma anche di non meritare di avere una vita migliore, più felice e realizzata di quella dei suoi fratelli (senso di colpa del sopravvissuto) e di dover fare sempre tutto da solo senza mai chiedere aiuto né manifestare le proprie emozioni perché per gli altri sei un peso (senso di colpa di burdening) e infine, che tutte quelle difficoltà fisiologiche che mi aveva raccontato arrivavano da lì. Aggiunsi che assolutamente sì, poteva star meglio ma era altrettanto vero che alcuni momenti sarebbero stati difficili perché imparare a gestire le emozioni, provare ad avvicinarsi ai genitori e ai coetanei, fidarsi di me e in generale migliorare la propria vita, l'avrebbe anche fatto soffrire a causa dei sensi di colpa connessi a quelle credenze patogene che gli avevo spiegato, ed era su quelli che avremmo dovuto lavorare. Ricordo ancora che la sua risposta fu quella di guardarmi a lungo e poi annuire senza dire assolutamente nulla.

Il primo anno di terapia con D. fu davvero difficile per me, non solo perché fisicamente ed emotivamente stava male (la manifestazione sintomatologica era in fase acuta, per cui D. era in uno stato di perenne ipervigilanza e discontrollo emotivo, aveva frequenti episodi dissociativi e spesso arrivava in seduta stanchissimo perché aveva dormito poco a causa di incubi in cui riviveva le torture subite oppure uccideva i genitori) ma soprattutto perché era imprevedibile. Una settimana era disponibile a raccontarsi e persino giocoso e la successiva arrivava in seduta con un atteggiamento scostante, scocciato, senza neanche guardarmi, a volte rispondendomi male o non rispondendomi proprio. Oppure, si presentava in seduta e passava l'intera ora al telefono per poi alzarsi a ora conclusa e dirmi "vabbè io vado, ciao". Ovviamente, sapevo che quelli erano test di transfert per compiacenza sulla credenza da Odio di sé: si comportava come un ragazzo antipatico, difficile e impossibile da aiutare, quindi allo scopo di superare quei test, non mi mostravo turbata e provavo a conversare con lui, magari proponendogli di guardare assieme video di highlights calcistici o

semplicemente rimanevo in silenzio senza forzarlo alla conversazione. D. mi testava moltissimo anche raccontami le cose che gli succedevano. A volte arrivava in seduta dicendomi: “Sicuramente quella stronza di mia madre ti avrà contattato per dirti che abbiamo litigato e che le ho dato un pugno ma a me non interessa, io la odio e un giorno la ammazzerò, non me ne frega nulla che è una donna come te. Tanto sono più forte io, lo sapete tutti e ora vaglielo a dire che ho detto che la ammazzerò perché tanto so che vi parlate su WhatsApp!!”. Provavo sempre delle emozioni contrastanti tutte le volte che manifestava in questo modo la sua rabbia, però sapevo (in linea con il senso che ha il concetto di *test* per la Control Mastery Theory) che in queste comunicazioni, vi era anche una richiesta implicita di non essere abbandonato e giudicato, di essere protetto ed aiutato non solo ad imparare che la rabbia si può gestire senza che diventi violenza ma anche a sentire che la vicinanza della mamma (come della mia) non è sempre qualcosa da temere, bensì anche da desiderare. Quindi in quel primo anno di terapia il lavoro con D. è stato interamente basato sul provare a superare la moltitudine di test che mi faceva e contemporaneamente aiutarlo a capire cosa sono le emozioni, come si distinguono, perché le sue erano sempre eccessive e come poteva regolarle. Per quest’ultimo aspetto fu utile recuperare dalla valigetta degli attrezzi del terapeuta CBT, tutte le attività di psicoeducazione alle emozioni, di regolazione emotiva, di Mindfulness, di esposizione graduale ai contesti temuti, ecc., ma in pratica, ciò che feci più o meno consapevolmente, fu provare ad integrare la mia formazione di base all’interno di un’ottica di lavoro basata sulla control mastery theory. E tra alti e bassi, senza ricorrere all’uso di farmaci, D. cominciò a dormire meglio, a dissociare di meno e ad abbassare il grado di ipervigilanza (se mentre parlavamo si sentiva un urlo o un clacson di un’auto provenire dalla strada, non scattava più con lo sguardo fisso verso la finestra come ad aspettare qualcosa di brutto, ma si fermava, faceva un respiro e continuava a parlare con me). Ed anche da un punto di vista relazionale cominciarono a cambiare delle cose, ad esempio iniziò a fare delle richieste, testando in ribellione il proprio senso di colpa di *burdening*, come di poter spostare la seduta perché era stanco o perché doveva studiare; oppure mi contattava su WhatsApp per

chiedermi delle cose. Un giorno si presentò a studio con un dolce e accennando un sorriso mi disse che lo aveva per me. Quando lo ringraziai aggiungendo “Grazie per il pensiero D., hai fatto una cosa dolcissima!” lui imbarazzatissimo rispose “no ma te l’ho portato perché era avanzato e perché mamma ha insistito. Anzi se non ti piace buttalo, non mi interessa” chiaramente testandomi dapprima con una modalità di ribellione sull’odio di sé (quando mi aveva detto di aver fatto un dolce per me) e subito dopo il mio complimento, in compiacenza rispetto all’odio di sé. In pratica, D. cominciava a stare meglio, da tutti i punti di vista.

L’idea di questo paper nasce da una riflessione a cui pian piano il lavoro in ottica control mastery theory mi ha condotto: ovvero che non è sempre strettamente necessario aderire alla propria formazione di base applicando rigidamente protocolli e tecniche a seconda del disturbo del paziente e che il più delle volte applicare ciò che conosci quando è pro plan per il paziente è la cosa migliore per la riuscita di una buona terapia. Non è quindi sempre vero che se ci troviamo di fronte ad un disturbo di asse I o II, è necessario strutturare l’intera terapia ricorrendo rigidamente a protocolli e tecniche. Sì, possono essere utili e talvolta necessari, ma non è l’unica cosa che funziona né la cosa migliore o l’unica cosa giusta. Questo però, quasi sette anni fa non lo credevo ancora del tutto (la mia lealtà alle cose originarie è statutaria in questo senso) e quindi, tralasciando il racconto specifico di tutto ciò su cui abbiamo lavorato nei due anni successivi io e D., vi racconto di una cosa che gli proposi quando aveva già raggiunto moltissimi obiettivi che all’inizio sembravano impossibili: guardare un film con i genitori, avere qualche amico, avere una ragazza, diplomarsi con il massimo dei voti e trovarsi un lavoretto in attesa di capire cosa fare in futuro. Avevo studiato la NET (Narrative Exposure Therapy) durante l’ultimo anno di scuola di specializzazione e sapevo che questa terapia è espressamente indicata per i pazienti vittime di violenze continue in conseguenza delle quali sviluppano un Disturbo da stress post traumatico (o un PTSD complesso) e che il protocollo, standardizzato e organizzato in fasi ben precise (T. Elbert et al., 2014) prevede l’esposizione emotiva ai ricordi degli eventi traumatici e la riorganizzazione di questi ricordi in una narrazione

cronologica coerente. Nello specifico, il paziente ricostruisce la storia della propria vita a partire dalla nascita, procedendo per tappe cronologiche e di volta in volta elabora, attraverso la narrazione, i traumi legati a quella specifica tappa di vita (se ve ne sono stati). Nella fase di narrazione, il paziente si espone ad un ricordo traumatico ed impara a distinguere la memoria traumatica dalla sua risposta emotiva condizionata, separare piani temporali, comprendere che gli stimoli sono solo temporaneamente associati alla sofferenza attuale. Nelle fasi successive, il paziente impara a comprendere che il contesto originario in cui ha acquisito determinate risposte emotive e comportamentali è diverso da quello attuale e che il riemergere delle stesse è frutto di un condizionamento. Si procede lavorando sulla rivalutazione cognitiva del comportamento (quindi distorsioni cognitive, pensieri automatici, credenze, risposte). Uno degli scopi di questa tecnica è anche quello di aiutare il paziente a ricostruire un significato positivo della propria vita al netto dei traumi subiti e recuperare dignità personale attraverso la rielaborazione in forma scritta di quanto precedentemente narrato, scritto che funge pertanto da “testimonianza”. Chiaramente il protocollo è più complesso e articolato di come l’ho riassunto, ma ho cercato di condensarne i punti di lavoro principali per offrirvi un’idea di quanto l’intero protocollo, scientificamente standardizzato, abbia un’impalcatura cognitivo comportamentale.

La proposta di lavorare con il protocollo NET non fu accolta negativamente da D. ed anche la ricostruzione delle tappe di vita e la narrazione dei traumi vissuti avvenne senza problemi. Tuttavia, al momento di riscrivere la propria storia, D. mi disse che lui non voleva fare “anche quello”. Non me la sentii di insistere perché avevo capito che accettare di partecipare alla NET era stata una compiacenza alla mia richiesta, rispondente alla necessità di non deludermi o di dimostrarmi che poteva comportarsi come un bravo ragazzo\paziente. Proporre la NET non fu sbagliato dal mio punto di vista; l’obiettivo che intendevo raggiungere era soprattutto quello legato alla possibilità di attribuire un significato diverso e positivo ad una vita costellata da traumi, probabilmente però non era necessaria con D. perché la relazione terapeutica che avevo stretto con lui l’aveva già portato a fidarsi di me e a voler narrare la sua storia, elaborare i suoi traumi e dare un senso

diverso alla sua vita. Probabilmente, la rielaborazione dei suoi traumi stava avvenendo già nel momento in cui me ne stava parlando per la prima volta e non serviva ancorarsi ad altro, del resto che cos'è l'elaborazione di un trauma se non raccontare ciò che ti è successo, risperimentando al contempo tutte le emozioni profonde e il dolore ad esso connesso e provare a non renderlo determinante per la propria vita?

D. mi ha insegnato che cosa significa avere di fronte un paziente grave, perché al di là della diagnosi che al tempo mi costringevo a considerare come dato unico e imprescindibile per il mio lavoro clinico, percepivo il desiderio di questo ragazzo di volere una vita semplice e normale, fatta di affetti e di obiettivi come quella di tutti noi, ma capivo che tutto ciò che per me era semplice o normale, per D. era difficile e doloroso. Quindi riuscire a tollerare la mia mano sulla spalla prima di salutarlo, o essere riuscito a prendere le mie mani in un momento di paura, ridere guardandomi negli occhi, sedersi vicino a me mentre mi mostrava dei video o portarmi dei dolci fatti da lui per ringraziarmi, ha significato più ogni altra cosa per me e ha surclassato la necessità di ricorrere a tecniche e protocolli in presenza di un grave disturbo. Durante la nostra terapia ho creduto di sbagliare tutto, di stargli rovinando anche questa parte di vita perché la sua sofferenza da un lato e la volontà di fidarmi di un'ottica diversa dalla mia formazione di base, attivavano tutti i miei temi patogeni (tralascio per amor proprio il racconto di tutti i sintomi di conversione di cui ho patito in quei tre anni e mezzo) e mi facevano vivere ogni tentativo di aiuto come un possibile errore o un errore certo.

Vi riporto una cosa che questo ragazzo, a cui voglio un gran bene, mi disse durante il secondo anno di terapia, in un momento in cui era preoccupato per il suo futuro, scoraggiato all'idea di riuscire a farcela a costruire qualcosa di buono e anche dal senso di colpa di non meritarlo, che per me rappresenta il cuore e la vera forza del lavoro in ottica Control Mastery Theory:

“Spesso penso che la mia vita non ha senso, e a volte vorrei morire perché non è giusto che io sono qui e tutti gli altri, tutti quei bambini e i miei fratelli a soffrire chissà dove. È ingiusto e io odio tutti, soprattutto me. Solo quando vengo qua riesco a non avere paura di qualcuno che mi parla e mi guarda. Quando sono qui, mi sento al sicuro perché so che non mi faresti mai del male”, e ridendo aggiunge, “anche perché sei femmina e non ne hai la forza, poi sei pure milanista...che schifo”.

Bibliografia

- Fimiani, R., Gazzillo, F., Fiorenza, F., Rodomonti, M., & George Silberschatz. (2020). Traumas and Their Consequences According to Control-Mastery Theory. *Psychodynamic Psychiatry*, 48(2), 113–139
- Gazzillo, F. (2021). *Fidarsi dei pazienti. Nuova Edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Gazzillo, F. (2023). *La Control-Mastery Theory nella pratica clinica*. Roma: Carocci Editore
- Gazzillo, F. & Kealy, D. (2025). Self-Hate: Theoretical, Clinical, and Empirical Features. *International Forum of Psychoanalysis*, 1–13.
<https://doi.org/10.1080/0803706X.2025.2545298>.
- Perdighe, C., Mancini, F. (a cura di) (2010). *Elementi di Psicoterapia cognitiva*. Roma, Giovanni Fioriti Editore
- T. Elbert, F. Neuner, M. Schauer. *Terapia dell'esposizione narrativa. Un trattamento a breve termine per i disturbi da stress traumatico*. Roma, Giovanni Fioriti Editore, 2014
- Van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina Editore.



Control Mastery Theory Italian Group
