

FRAMMENTI DEL SÉ: UN CASO CLINICO

di

Camilla Righi, Denni Romoli, Lucia Stanganini

Ad oggi, a fronte di un crescente interesse sociale, giuridico, medico e psicologico alle varie forme di abuso sessuale subite da minori e agli esiti a breve, medio e lungo termine che tali eventi possono esercitare sul benessere bio-psico-sociale dei sopravvissuti (Gulotta & Cutica, 2009), sembra, comunque, manifestarsi una insufficiente attenzione al tema del maltrattamento fisico (Di Blasio, 2000). Nel nostro contesto culturale gli episodi di aggressività fisica sono ancora facilmente rubricati nella categoria delle prassi genitoriali lecite, con un'implicita sottovalutazione dei rischi per la salute del bambino. Con questo non vogliamo sottendere che ogni singolo episodio di aggressività diretta del caregiver possa inserirsi *tout court* nella categoria dei maltrattamenti fisici; allo stesso tempo, riteniamo però necessario che, a livello sociale e sanitario, si presti attenzione ai possibili rischi per la salute della persona in caso di maltrattamenti fisici reiterati.

Dando per assodata la frequente associazione tra i fenomeni del maltrattamento fisico e della violenza sessuale con altre forme di abusi (in primis il maltrattamento psicologico, l'incuria e la discuria), la letteratura internazionale (per una rassegna Putnam, 2005) riporta che i predittori più efficaci, in relazione a psicopatologie caratterizzate da prevalenza di processi dissociativi (tra gli altri, disturbi del comportamento alimentare, disturbi somatoformi, alcuni disturbi di personalità, il Disturbo Post Traumatico da Stress Complesso e i disturbi dissociativi dell'identità), risultano essere, in egual misura, sia l'abuso sessuale sia il maltrattamento fisico (Nijenhuis, 2004).

Nel presente lavoro, sulla scorta di una riflessione teorico-metodologica interdisciplinare, partendo dall'analisi di una storia clinica relativa a traumi complessi con esiti dissociativi, proporremo una buona prassi clinica in relazione a tali tipi di situazioni. Nello specifico, diverrà evidente come numerosi segni di interesse clinico dovrebbero stimolare nel clinico un'attenta riflessione in merito alla possibile presenza, nell'anamnesi del paziente, di una storia di maltrattamenti fisici con possibile strutturazione di conseguenza psicopatologiche afferenti all'area del trauma complesso.

Per trauma complesso ci riferiamo agli esiti della reiterazione di specifici pattern relazionali tra figure di attaccamento e bambino; tali *pattern* sono causalmente connessi al fallimento dell'integrazione fra livelli funzionali del sistema mente-cervello-corpo (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008). Ripetute situazioni interpersonali associate a percezione di pericolo in relazione a esperienze traumatiche hanno per conseguenza processi disintegrativi che conservano comunque una valenza adattiva e allo stesso tempo sono facilmente esposti alla loro riattivazione condizionata (Perry, 2006; Porges, 2011). Gli esiti dei traumi complessi si attualizzano in alterazioni riferibili ai processi di regolazione affettiva intra-interpersonale e alla globale sfera relazionale, con particolare riferimento ai rapporti affettivi di attaccamento (Van der Kolk, 2005; Menoni, Iannelli & Egiziano, 2012).

La storia clinica di Luisa

La paziente (che chiameremo Luisa, 30 anni) si presenta lamentando episodi di panico e manifestazioni ipocondriache. Luisa racconta di rapporti familiari caratterizzati da estrema violenza fisica e psicologica; fino all'adolescenza ha subito maltrattamenti da parte del padre, con esplicite minacce alla sua vita e a quella della madre. Descrive una madre cronicamente depressa incapace di protezione, collusiva e ambivalente verso il padre; inoltre, narra dei suoi tentativi di suicidio, il primo dei quali collocabile all'età di 11 anni. Luisa presenta bassa capacità di mentalizzazione (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy, 2001), attaccamento disorganizzato (Liotti & Farina, 2011) e intrusione di personalità emozionali (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008) che assumono il controllo esecutivo (Bluhm et al., 2009). Tali frammenti del Sé (Knox, 2013) si caratterizzano alternativamente per la presenza di deferenza e compiacenza o di rabbia e impulsività con pantoclastia e autolesionismo.

Regolazione affettiva e processi dissociativi

Una relazione caregiver-bambino caratterizzata da processi ottimizzati di sintonizzazione (e di riparazione, in caso di rottura della sintonia) fornisce al bambino, attraverso la mentalizzazione e il corretto rispecchiamento dei propri stati affettivi (Fonagy et al., 2002; Schore & Schore, 2008), la possibilità di interiorizzare un'immagine di sé (fornita dal genitore) coerente con la propria percezione somatica, affettiva e cognitiva; inoltre, garantisce, attraverso un implicito processo di

validazione, l'accettazione dei vissuti del bambino e la loro "pensabilità" all'interno della diade genitore-figlio. I processi di validazione affettiva favoriscono la co-creazione di un senso di Sé coeso, narrativamente congruente e dotato d'intenzioni e bisogni riconosciuti e confermati (Beebe et al., 2005), facilitando l'apprendimento di una modalità funzionale di autoregolazione degli stati affettivi che permetterà di scegliere tra strategie comportamentali flessibili e adattive (Schoore & Schoore, 2008).

Nella storia di Luisa, a causa dei numerosi episodi di maltrattamenti subiti fin dalla prima infanzia e di relazioni primarie con genitori spaventati/spaventanti (Main & Hesse, 1990), si riscontra, al contrario, una modalità etero regolativa degli affetti fondata su un conflitto tra sistemi motivazionali associati alle figure di attaccamento (Liotti & Farina, 2011). Nei confronti del padre il sistema motivazionale dell'attaccamento la indirizzava a ricercarne la prossimità fisica e affettiva in situazioni terrorizzanti (Panksepp, 2009), mentre al contempo il sistema di difesa, attivato dallo stato di paura, le segnalava la necessità di fuggire in una situazione che però non consentiva vie di fuga (Porges, 2011). Al contempo, il rapporto con la madre, incapace di sostenere i bisogni affettivi e di sicurezza, si caratterizzava per l'assenza di processi di rispecchiamento empatico, andando piuttosto ad associarsi a un blocco degli stati affettivi (Schoore, 2008). In entrambe le situazioni, nel tentativo di fornire un significato coerente alle esperienze vissute, Luisa individua in sé la causa profonda dei comportamenti genitoriali, con conseguenti vissuti di vergogna e auto-colpevolizzazione. Nel tentativo di mantenere relazioni di attaccamento così evidentemente critiche Luisa ha strutturato nel corso del tempo modalità di mantenimento del legame fondate su strategie controllanti di tipo compiacente e punitivo.

La strutturazione di modi-di-essere-con (Stern, 1985) coerenti con lo sviluppo di strategie controllanti seduttive o punitive (Liotti & Farina, 2011) rinforza ulteriormente le già carenti capacità di mentalizzazione (Fonagy, 2001). Luisa manifesta alternate modalità relazionali: da un lato, strategie seduttive ipervigilanti e accudenti (*parenting*) sono un tentativo adattivo di sintonizzarsi con i vissuti dell'altro per cercare di mantenere un legame di prossimità (ma non di reale attaccamento) (Liotti, 2014); dall'altro lato manifesta un atteggiamento moralizzante e severo con se stessa e con gli altri, alla ricerca di standard elevati di prestazione per compensare vissuti personali di inadeguatezza e essere riconosciuta e validata. Al presente, il fallimento periodico di

tali strategie relazionali elicitano vissuti d'indegnità, autocritica implacabile e umiliazione (Bromberg, 2011; Daniels, et al., 2010).

La dissociazione, neurobiologicamente prevista nei traumi complessi (Caretta, Craparo & Schimmenti, 2013; Van der Kolk, 2005) è un processo di frammentazione del Sé che coinvolge il sistema complesso mente-cervello-corpo (Menoni, Iannelli & Egiziano, 2014).

La ripetizione di *pattern* relazionali a impatto traumatogeno travalica la capacità di gestione psicologica del bambino creando dis-integrazione tra livelli inferiori e superiori di coscienza (Schiepek, 2009; Van der Hart et al., 2008), mediante l'attivazione di meccanismi di protezione (ad esempio, lo stato soggettivo di coscienza alterata), con una perdita di sintesi personale, cioè di un'organizzazione coerente e costante del Sé e l'acquisizione di schemi di risposte disorganizzate con alterazione della regolazione emotiva, somatizzazione, disturbi relazionali con tendenza all'idealizzazione della figura maltrattante (Van der Kolk, 2005).

La dis-integrazione dissociativa è un processo prevalentemente stabilizzato a bassa complessità (Menoni, Iannelli & Egiziano, 2014) caratterizzato da caduta funzionale della connettività delle reti neurali (Perry, 2009) con una dis-integrazione delle funzioni associative tra i sistemi interconnessi del Controllo Esecutivo, Attenzione/Orientamento, Salienza Affettiva e *Default Mode Network*. Con i termini *DMN* (Buckner, Andrews-Hanna & Schacter, 2008) s'intende il circuito neurale complementare al *Task Positive Network*, che consiste nel contemplare senza accorgersi i propri progetti futuri, mentre affiorano pensieri auto-riferiti meglio definiti come immagini e pensieri non-correlati al compito (*task unrelated imagery and thought*), abbandonando la proattività verso compiti e creando momenti di stand by (resting). Nei processi dissociativi è alterato in modo rilevante questo circuito per intensità e durata: l'attività di *DMN* è il processo attraverso il quale il cervello integra memorie emozioni e esperienze autoriferite collegando le informazioni passate con la consapevolezza di eventi attuali, stimando questi eventi riguardo alla rilevanza che hanno per il soggetto (Bluhm et al., 2009).

In relazione allo sviluppo delle funzioni del Sé, Luisa esperisce la sua autoefficacia in relazione al mondo esterno, con azioni rivolte al controllo dell'esterno per far sì che non si ripeta l'esposizione a situazioni di pericolo. A ciò si associa l'attivazione di reti non consce inerenti neurocezione e

memoria (Panksepp & Biven, 2012): esperienze relazionali precoci con un genitore non contenitivo e non mentalizzante e una dinamica familiare basata sul segreto possono alterare le componenti strutturali delle regioni orbito-frontali del bambino (Schore, 2008) impedendo lo sviluppo di memorie autobiografiche coerenti, rendendo gli eventi traumatizzanti non consolidati e non richiamabili (Siegel, 2003), creando un'area frammentata del Sé capace di governare stati di coscienza a valenza affettiva stereotipata con fenomeni di detachment e compartimentalizzazione (Liotti e Farina, 2011; Menoni, Iannelli & Egiziano, 2014). La paziente, esposta precocemente a situazioni che minacciavano la sua integrità fisica, ha inibito i sistemi motivazionali proattivi (Panksepp & Biven, 2012) facilitando l'attivazione di una reazione dissociativa con evitamento passivo (Porges, 2011). Seguendo Nijenhuis (2004), episodi di minaccia all'integrità fisica evocano uno schema integrato di reazioni dissociative somatoformi, quali analgesia e congelamento, a causa dell'ipoattivazione vagale (Porges, 2011), con una mancanza di consapevolezza e di possibilità associative tra i pensieri ricorrenti e i sintomi somatici.

Il progetto terapeutico

Il progetto terapeutico si è fondato, in prima battuta, sulla creazione di una relazione di partnership all'interno di un ambiente validante (Van der Hart, 2008) che fornisca una base sicura (Bowlby, 1988) e la possibilità di lavorare congiuntamente cercando di promuovere le capacità di mentalizzazione nel qui e ora. Ciò attraverso un lavoro esperienza-dipendente di sintonizzazione terapeuta-paziente per sviluppare la personificazione emotiva. Il processo terapeutico corrisponde allo sviluppo delle funzioni del Sé (*agency, mineness e ownership*) e alla loro integrazione (Damasio, 2010; Gallese, 1999): essa promuove la stabilizzazione affettiva (Fosha, 2000), la consapevolezza delle salienze emozionali e delle strategie controllanti. L'accresciuta capacità interattiva di regolazione affettiva permetterà al soggetto di autoregolare stati d'iperattivazione legati al ricordo degli eventi traumatici.

La terapeuticità è in relazione ai confini di sicurezza personali: "finestra di tolleranza" (Siegel, 2003), ovvero i margini entro i quali stati emozionali di diversa intensità possono essere processati senza che ciò comprometta il funzionamento del sistema nel suo complesso. I processi emozionali

possono divenire consci solo quando il loro grado di intensità è molto vicino ai limiti della tolleranza, senza che il soggetto ricorra automaticamente alla dissociazione.

Il terapeuta, dopo questa fase iniziale, definita di stabilizzazione, cerca di favorire nel paziente l'avvicinarsi ai limiti della finestra di tolleranza, sia ai confini con *l'iper-arousal* che con *l'ipoarousal*, restando sul confine, in una situazione “sicura ma non troppo” (Bromberg, 2006). La metodologia terapeutica è guidata dalla ricerca interpersonale collaborativa delle risorse disponibili e possibili.

La costruzione delle condizioni (Menoni, Iannelli & Egiziano, 2014) costituisce la base per un setting stabile di previsioni confermate in un contesto relazionale riflessivo (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008). Un ambiente sicuro, parallelo all'attivazione di reti interconnesse a modalità default, è prerequisito per l'accesso alle memorie traumatiche (Bluhm et al., 2009; Schiepek, 2009).

Il processo clinico, in relazione al terapeuta, è caratterizzato da vissuti a rischio di dissociazione (Bromberg, 2011; Caretti, Craparo & Schimmenti, 2013). Il terapeuta si percepiva gratificato quando Luisa si mostrava compiacente, o al contrario impotente e squalificato di fronte alla sua ostilità. Frammenti del Sé di Luisa trovavano espressione nei vissuti del terapeuta. La dissociazione può elicitare nel terapeuta analoghi processi dis-integrativi con co-costruzione di *enactment* (Bromberg, 2011), con la possibilità difensiva/offensiva di aggredire il punto di dolore e travalicare i limiti dello stato-spazio affettivo dell'altro (Menoni, Iannelli & Egiziano, 2014). L'*enactment*, come processo di comunicazione inizialmente non conscio, riflette quelle aree dell'esperienza di sé del paziente in cui il trauma ha compromesso la capacità di regolazione affettiva e di traduzione dell'esperienza in realtà soggettive: Bromberg (2006) parla di una “relazione sicura ma non troppo”, dove l'ombra dello tsunami, cioè dell'evento traumatico, deve essere abbastanza forte da poter essere percepita dal paziente nel qui-e-ora, ma non così forte da far ricorrere in maniera automatica alla dissociazione, restando al limite della finestra di tolleranza. Inoltre, può determinare lo slittamento verso un improprio accudimento pseudo-genitoriale (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008). È necessario che il terapeuta abbia accesso alle proprie configurazioni dissociative (i

personali frammenti del Sé), con la disponibilità di risorse adattivo-riparative in assenza di risposte condizionate.

La terapeuticità ha, quali elementi elettivi, la connessività autobiografica a vari livelli e la qualifica affettiva del “possibile” (Fosha, 2000). Il lavoro terapeutico si situa all’interno di una relazione “sicura ma non troppo”, nella quale coesistano sia previsioni confermate di sicurezza sia l’esplorazione dei significati personali: la “sorpresa” in assenza di violazioni della sicurezza (Siegel, 2003). Tale coesistenza permette di evitare il ricorso automatico alla dissociazione e alle strategie disadattive (Liotti & Farina, 2011).

La sintonizzazione intrapersonale (Siegel, 2003), correlata all’integrazione delle memorie traumatiche, si configura come relazione del sistema-paziente con se stesso, con connessione tra parti del Sé anche conflittuali all’interno di una capacità ottimizzata di regolazione affettiva (Panksepp, 2009; Porges, 2011).

L’integrazione delle memorie traumatiche promuove una prevalenza di processi flessibili, coerenti e stabili di costruzione evolutiva di complessità (Menoni, Iannelli & Egiziano 2012). Essi costituiscono le funzioni nucleari del Sé che corrispondono ad un ranger di maggiori scelte per l’aumento delle risorse disponibili e quindi di riflessività in rapporto agli stati affettivi e alla maggiore coerenza narrativa (Schore & Schore, 2009). Le accresciute capacità di relazionalità e di regolazione affettiva intra-interpersonali (Menoni, Iannelli & Egiziano 2014), promuovono lo sviluppo di sistemi affettivi di *care*, *play* e cooperazione nelle loro potenzialità evolutive (Panksepp & Biven, 2012).

Per concludere ci preme ribadire la necessaria attenzione da porre, da parte dei vari professionisti della salute mentale, al fenomeno del maltrattamento fisico e ai suoi possibili e gravi esiti psicopatologici e esistenziali. La presenza di sintomatologie caratterizzate da processi dissociativi dovrebbe certamente sensibilizzare il clinico ad approfondire la possibile presenza, nell’anamnesi del paziente, di tali possibili eventi. Come sopra detto, gli interventi necessari in presenza di processi dissociativi cronicizzati richiedono specifici protocolli di intervento che, in assenza di una accurata anamnesi e di un appropriato approfondimento psicodiagnostico, potrebbero erroneamente condurre

il clinico a intervenire rimanendo sulla “superficie” del problema (il sintomo inizialmente lamentato), non fornendo un approccio clinico centrato sui bisogni del paziente.

Riferimenti bibliografici

Bateman A. & Fonagy P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press (trad. it. *Guida pratica al trattamento basato sulla mentalizzazione per il disturbo borderline di personalità*. Milano: Cortina, 2010).

Beebe B., Knoblauch S., Rustin J., & Sorter D. (2005). *Forms of intersubjectivity in infant research and adult treatment*. New York: Other Press.

Bluhm R.L., Williamson P.C., Osuch E.A., Frewen P.A., Stevens T.K., Boksman K., Neufeld R.W., Theberge J., & Lanius R.A. (2009). *Alterations in default network connectivity in posttraumatic stress disorder related to early-life trauma*. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 34, 187–194.

Bromberg P.M. (2011). *The Shadow of the Tsunami: and the growth of the relational mind*. New York: Routledge. (trad. it. *L'ombra dello tsunami. La crescita della mente relazionale*. Milano: Cortina, 2012).

Buckner R.L., Andrews-Hanna J.R., & Schacter, D.L. (2008). *The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease*. *Annals of the New York Academy of Science*, 1124, 1–38.

Caretti V., Craparo G., Schimmenti A. (Eds.) (2013). *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*, Astrolabio, Roma.

Damasio A. (2010). *Self comes to mind. Constructing the Conscious Brain*. New York: Pantheon Books.

Daniels J., McFarlane A., Bluhm R., Moores K.A., Clark R.C., Shaw M. & Lanius R. (2010). *Switching between executive and default mode networks in posttraumatic stress disorder: alterations in functional connectivity*. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 35 (4), 258-266.

Di Blasio P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna.

Fonagy P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Books (trad. it. *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Cortina, 2002).

Fonagy P., Gergely G., Jurist E.J. & Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of self*. New York: Other Press (trad. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sè*. Milano: Cortina, 2005).

Fosha D. (2000). *Meta-Therapeutic Processes and the Affects of Transformation: Affirmation and the Healing Affects*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 71-97.

Gallese V. (1999). *Agency and the Self Model*. *Consciousness and Cognition*, 8, 387-389.

Gulotta G., & Cutica I. (2009). *Guida alla perizia in tema di abuso sessuale e alla sua critica.*, Giuffrè, Milano.

Knox J. (2013). *The mind in fragments: The neuroscientific, developmental, and traumatic roots of dissociation and their Implications for clinical practice*. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 449-466.

Liotti G. & Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici*, Cortina, Milano.

Main M. & Hesse E. (1990). *Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism?* In Greenberg M., Chiccheti D., Cummings E.M. (Eds.). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 161-184). Chicago: University of Chicago Press.

Menoni E., Iannelli K. & Egiziano E. (2012). *Neuroscienze e integrazione teorica in psicoterapia: Il modello EAIE (Evolutività, Affettività, Intersoggettività, Esperienzialità)*. *Idee in Psicoterapia*, 5 (1-3), 95-134.

Menoni E., Iannelli K. & Egiziano E. (2014). *Processi di suggestione e dissociazione: Una prospettiva di integrazione teorica*. *Idee in Psicoterapia*, 7 (1), 95-112.

Menoni E., Iannelli K. & Egiziano E. (2011). *Errori in psicoterapia nella prospettiva del modello integrativo Evolutività, Affettività, Intersoggettività, Esperienzialità (EAIE)*. Idee in Psicoterapia, 4 (1-3), 95-123.

Nijenhuis E.R.S. (2004). *La dissociazione somatoforme. Elementi teorico-clinici e strumenti di misurazione*, Astrolabio, Roma.

Panksepp J. (2009). *Brain Emotional Systems and Qualities of Mental Life*. In Fosha D., Siegel D.J. & Solomon M. (Eds.), *The Healing Power of Emotion. Affective Neuroscience. Development & Clinical Practice* (pp. 1-26), Norton, New York.

Panksepp J. & Biven L. (2012). *The Archaeology of Mind*. New York: Norton (trad. it. *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane.*, Cortina, Milano, 2014).

Perry B.D. (2006). *Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children*. In Webb N.B. (Ed.) *Working with traumatized youth in child welfare* (pp. 27-52). New York: Guilford Press.

Perry P.D. (2009). *Examining Child Maltreatment Through a Neurodevelopmental Lens: Clinical Applications of the Neurosequential Model of Therapeutic*. Journal of Loss and Trauma, 14, 240–255.

Porges S.W. (2011). *The polyvagal theory. Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication and self-regulation*, New York, Norton.

Putnam F. (2005). *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*, Astrolabio, Roma.

Schiepek G. (2009). *Complexity and Nonlinear Dynamics in Psychotherapy*. European Review, 17, 331-356.

Schore A. (2008). *Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment*. Clinical Social Work Journal, 36, 9-20.

Schore A.N. (2009). *Right brain affect regulation: An essential mechanism of development, trauma, dissociation, and psychotherapy*. In Fosha D., Siegel D.J. & Solomon M. (Eds.) *The healing power of emotion, affective neuroscience, development and clinical practice* (pp. 112-144). New York, Norton.

Schore J.R. & Schore A.N. (2008). *Modern Attachment Theory: The Central Role of Affect Regulation in Development and Treatment*. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9-20.

Siegel D.J. (2003). *An interpersonal neurobiology of psychotherapy: The developing mind and the resolution of trauma*. In Solomon F. and Siegel D.J. (Eds.) *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain* (pp. 1-56), Norton & Company, New York.

Stern D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books (trad. it. *Il Mondo Interpersonale del Bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987).

Van der Hart O., Nijenhuis E. & Steele K. (2008). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton (trad. it. *Fantasmî nel Sè. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Cortina, 2011).

Van der Kolk B.A. (2005). *Developmental Trauma Disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. *Psychiatric Annals*, 1(5), 253-265.