

Disturbo Distimico con aspetti di Disturbo Passivo Aggressivo di Personalità

Mara Romiti

Riassunto

Il presente lavoro descrive il trattamento cognitivo comportamentale di una paziente di circa 30 anni con diagnosi di Distimia caratterizzata dalla presenza di tratti Passivo- Aggressivi di personalità. Particolare attenzione è stata attribuita all'identificazione degli scopi centrali che regolano le condotte disfunzionali della paziente e al conseguente razionale che è alla base dell'intervento terapeutico. La ricostruzione dei cicli interpersonali implicati nel disturbo e la chiara definizione degli obiettivi terapeutici hanno permesso alla paziente di avere un maggiore insight e un maggiore padroneggiamento degli stati depressivi e un miglioramento delle abilità sociali.

Summary

This paper describes the cognitive-behavioral treatment of a 30 years old patient with a diagnosis of Dysthymia , characterized by the presence of passive-aggressive personality traits. Particular attention was given to the identification of the central purposes that govern the dysfunctional conduct of the patient and the rational that is the basis of therapeutic intervention. The reconstruction of interpersonal cycles involved in the disturbance and the clear definition of therapeutic goals enabled the patient to have a greater insight and a greater mastery of depression and improved social skills.

Condizioni di vita attuali.

G. è una ragazza di circa 30 anni, è nubile e vive con i genitori, entrambi pensionati. Frequenta fuori corso il biennio specialistico della facoltà di Architettura anche se stenta a dare gli esami. Ha una sorella più grande di lei di un anno, sposata con un figlio, a cui lei è molto legata. G. non ha molte amiche e durante il tempo libero coltiva hobbies solitari: ascolta la musica, legge, cucina. La sua vita sociale è limitata a brevi contatti con i compagni di corso, con cui condivide le pause e scambia gli appunti.

Invio e contesto della terapia.

G. mi è stata inviata da un comune conoscente in seguito alla sua richiesta di iniziare una consulenza psicologica. Al momento della nostra prima visita G. assumeva Diazepam (20 mg) e Entact (10 mg), prescritti da un neurologo da cui aveva appena fatto un drop out. (“*non mi aveva capita, io continuavo a lamentarmi perché a causa della mia depressione non riesco a studiare e lui mi ha rimproverata e mi ha accusata di non riuscire a dare gli esami perché non mi impegno abbastanza*”).

Anamnesi familiare ed individuale

G. mi racconta un'infanzia felice, vissuta all'interno di una famiglia in cui non le mancano il calore dei genitori, in particolare della madre, e un legame molto forte con la sorella, maggiore di lei di un anno e sua principale confidente. L'educazione materna è caratterizzata dall'invito ad essere *“una persona semplice, che non dà nell'occhio e che si impegna a dare sempre il meglio per se stessa e per gli altri”*.

Questo è l'esempio che i genitori danno alle figlie: sono grandi lavoratori, non fanno mancare nulla alle figlie e queste ultime sono bambine e poi ragazze tranquille e bravissime a scuola.

Terminate le scuole medie G. si iscrive ad un Istituto Tecnico. In questo periodo G. inizia a manifestare un profondo disagio psicologico, che lei ritiene essere eziologicamente legato a due eventi: l'interruzione del rapporto con le sue due migliori amiche, con cui aveva frequentato le scuole medie e la sua difficoltà a stringere amicizie nella nuova scuola.

L'interruzione del rapporto con le sue migliori amiche è legato ad un episodio in cui G. è stata da loro criticata per aver scelto una scuola *“dove non si fa niente e dove non ti prepari a nulla”* e di non aver preferito, come loro, un liceo. In quell'occasione G. ha provato un'intensa vergogna, ha iniziato a temere di essere giudicata come inconcludente e ha preferito allontanarle e non frequentarle più. Intimamente G. non era sicura della scelta scolastica: percepiva la sua scuola come poco professionalizzante ma l'aveva scelta seguendo le orme tracciate l'anno prima dalla sorella.

A scuola G. non si trova bene: non riesce a integrarsi, a fare amicizie e si sente schernita per il suo aspetto fisico (non è molto magra e non si cura nell'aspetto rispetto alle coetanee) e per il profitto brillante. Tenta più volte di intessere con le compagne un rapporto prestando loro appunti o passando loro i compiti, ma ciò non la aiuta a stringere amicizie, anzi spesso sente di essere cercata solo al bisogno, maturando verso le compagne delle reazioni contrastanti di rabbia (*non sono qui a farmi sfruttare, poi non mi cercate mai*) e di colpa, motivo per cui a volte smette di aiutarle a volte è disponibile (*Mi sentivo cattiva alle superiori quando non aiutavo le mie amiche a fare i compiti e prendevano a causa mia brutti voti*). Per quanto riguarda la relazione con i docenti, si sente ben valutata ma poco apprezzata, come se l'opinione comune che questi avessero di lei fosse stato: *“G. è brava perché studia tanto, non perché intelligente o piena di qualità”*.

G. inizia quindi a manifestare un odio verso la scuola, che lei ritiene essere causa dei suoi problemi e sviluppa una sintomatologia ansioso depressiva, corredata da rituali ossessivi. Si rifugia in casa dove si sente più stimata e più tranquilla e inizia a porre una grande attenzione a non mescolare i suoi due ambienti di vita. Per far ciò distingue gli abiti che usa a scuola da quelli che indossa fuori scuola e sta molto attenta a evitarne un contatto diretto reciproco: gli abiti scolastici non devono mai entrare nel suo armadio *per non contaminare quelli che usa fuori dalla scuola del malessere e del senso di inferiorità che prova quando è in classe*. Soffre molto il suo isolamento ed è ancora arrabbiata per il fatto che la sua famiglia

sembra non essersi accorta dei suoi comportamenti e del suo malessere. Quando si lamentava di non avere amiche, la madre, timida come lei, le rispondeva di stare tranquilla: “hai la salute, vai bene a scuola, non ti manca nulla, hai una sorella che ti vuole bene e puoi uscire con lei”. La vita sociale di G. adolescente si limita perciò a uscite il sabato con la sorella e le amiche di quest’ultima. *“Fin da piccola”, riferisce, “mi sono sempre sentita molto legata a mia sorella. Non è colpa dei miei, che sono stati sempre giusti ed equi con entrambe, ma io avevo la sensazione che Francesca per loro fosse la migliore e ho sempre cercato di fare come lei. Ha segnato lei il percorso che ho voluto seguire anche io e ciò mi dava sicurezza. Inoltre il mio legame con mia sorella era come un andare avanti: avevo qualcuno con cui parlare e con cui uscire. Ma era sempre lei che riusciva ad andare avanti per prima perché sapeva sempre come gestire le cose, era più diplomatica di me e io volevo essere una sua copia, però così ho sbagliato, perché non ho lasciato spazio a me stessa”.*

Durante questa fase della vita di G. accade un altro evento importante: una zia materna si ammala e muore, lasciando un figlio schizofrenico. La madre di G. inizia a occuparsi in prima persona di questo ragazzo: va a fargli le pulizie, lo accompagna alle visite, gestisce i suoi problemi. G. critica questo atteggiamento della madre: *“proprio per la sua semplicità e per la sua timidezza, mia madre non sa dire di no. E’ una debole e la gente si approfitta di lei”.*

G. termina le superiori con il massimo dei voti e si iscrive, come aveva già fatto la sorella alla facoltà di Architettura. La sua idea è quella di riscattarsi rispetto al passato e di dimostrare ai suoi professori e ai suoi vecchi compagni di avere molte più capacità rispetto a quanto loro avessero creduto.

Inizia a frequentare i corsi e durante il primo anno dà pochi esami. Dopo uno scoraggiamento iniziale si impegna maggiormente e in tre anni finisce gli esami. La sorella, presa la laurea di primo con alto rendimento, lascia l’università e inizia a lavorare. Contemporaneamente G. inizia a occuparsi della tesi e questa esperienza per lei è catastrofica: incontra molte difficoltà e inizia un confronto perdente con i colleghi di laboratorio che percepisce più svegli di lei, più preparati e più bravi.

G., presa la laurea con un voto molto basso, non è convinta di voler gli studi: ritiene di aver scelto una facoltà troppo difficile e inizia a dubitare di avere le capacità intellettive per poter concludere questo percorso, complici anche le difficoltà avute nella compilazione della tesi, da lei notevolmente amplificate tanto da considerarsi unica, tra i suoi colleghi, a non riuscire a capire le richieste dei professori.

Parte quindi per un soggiorno in Inghilterra dove rimarrà per quasi un anno per studiare la lingua. In questo periodo si mantiene lavorando come cameriera ed ha una prima, breve e unica relazione sentimentale con un ragazzo del posto. L’esperienza all’estero è molto importante per la vita sociale di G.: *“Prima della laurea c’era solitudine, l’esterno lo vivevo attraverso mia sorella che mi raccontava cosa faceva il sabato sera. Dovevo studiare e mi ero disabituata alla vita sociale. In Inghilterra ho scoperto cosa vuol dire uscire con gli amici, essere apprezzati dagli altri, andare in un pub, farsi due risate”.*

Al rientro in Italia G. decide di iscriversi di nuovo all'Università e concludere gli studi, provando però a cambiare indirizzo curricolare. La vita sociale di G. torna a essere molto povera: “*dovevo studiare tanto per dimostrare a me stessa e agli altri che valevo: ho iniziato a non uscire per tre quattro settimane di fila, ero nevrotica, ma andava bene così.*”. G. inizia a dare esami, ma in pochi mesi il suo rendimento subisce un calo. Questo aspetto la confonde e inizia a dubitare della scelta universitaria, tanto da informarsi su altre facoltà che possano maggiormente essere attinenti a lei .

Definizione del problema secondo la paziente

G. chiede una consulenza psicologica lamentando una forte ansia e un umore molto triste, caratterizzante la maggior parte delle sue giornate e associato alla seguente sintomatologia: difficoltà a dormire, pianto frequente, difficoltà a concentrarsi, a provare piacere e a far fronte ai suoi impegni (preparazione degli esami universitari). Mi riferisce di trovarsi in questo stato da circa un anno e mezzo, anche se in maniera saltuaria, avendo tratto giovamento dalla terapia farmacologica. I motivi più associati all'insorgenza della tristezza sono:

- L'Università: la paziente non accetta di aver avuto problemi e rallentamenti nella preparazione degli esami; è una persona molto performante e le difficoltà incontrate le vive come un fallimento dell'intero progetto di studio e con l'aspettativa di non aver costruito buone possibilità per la futura vita lavorativa.

A	B	C
Si avvicina la data di un esame e non ha studiato abbastanza	Sono molto indietro con la preparazione, dovrei stare ore a memorizzare una grande quantità di dati, non so se posso farcela. Se rinuncio a dare l'esame non riuscirò a laurearmi presto e la mia vita continuerà ad essere senza stimoli.	Ansia
A ¹	Non ho voglia di studiare ed è l'unica cosa che dovrei fare veramente!!Ma è sabato e tutte le persone escono, non è giusto che io sia sempre chiusa in casa!	Rabbia, va a giocare con il nipotino.
Esce e non darà l'esame	Mi sento una perfetta incapace , non sono stata in grado di preparare neppure un esame né di decidere se lasciare o no l'università.. Vorrei scomparire. Alla fine mi daranno la laurea per anzianità, per lasciare uno tra i già carenti spazi a studenti più giovani	Tristezza

- La sua vita sociale: la paziente lamenta ha un **forte senso di solitudine**, connesso alla sua incapacità a gestire i rapporti di amicizia. Nelle situazioni sociali che vive tende a mostrarsi eccessivamente timida e introversa, non riesce a esprimere preferenze o a fare proposte, si sente *prigioniera* dell'immagine di ragazza buona e timida che ha sempre mostrato agli altri.

A	B	C
Decisione su cosa fare durante la serata	Mi sono disabituata a uscire.. e se ora mi chiedono cosa fare questa sera? Io vorrei andare a vedere il nuovo film della Disney al cinema. Ma come faccio a proporlo? Posso apparire come un'inetta, una che non sa vivere, un'immatura!	Timore del giudizio, Evita di fare proposte

A ¹	Non riesco mai a esprimere preferenze, sono un' incapace, un soprammobile che si accontenta di tutto. Mi sento carica di vitalità ma non riesco a far altro che apparire come una passiva.	Tristezza, pianto
----------------	--	-------------------

L'ansia emerge nella forma di un **timore di giudizio** delle persone: la paziente teme che i suoi conoscenti possano giudicarla male per il suo rendimento universitario (*è sempre chiusa in casa ma non dà neanche un esame*) o possano criticarla per il suo carattere (*è zitta e buona, è un soprammobile, a lei sta bene tutto, ci sei anche tu, non me ne ero accorta!*). A questo aspetto si accompagna un timore di poter deludere gli altri o che gli altri possano approfittarsi di lei; per verificare questa ipotesi la paziente tende a mostrare un atteggiamento molto compiacente e disponibile con gli altri e a riflettere continuamente sulle loro reazioni in maniera del tutto egocentrica (*“ tizio mi ha ringraziato in maniera molto frettolosa, non meritava i miei appunti”*) e a sperimentare dei profondi moti di rabbia; chiede inoltre rassicurazioni sul suo comportamento alla madre e alla sorella e tende ad evitare di uscire troppo per non esporsi al timore di apparire impacciata e incapace di sostenere la vita sociale.

A	B	C
Rimpatriat a con le amiche	Mi hanno torturato con i loro stupidi problemi sentimentali, stanno sempre a parlare delle solite sciocchezze, tanto G. è la valvola di sfogo per tutti! Ogni volta è sempre la stessa storia, bisogna fare a gara per poter parlare e quando arriva il mio turno mi concedono due minuti!!	Rabbia
A ¹	A nessuno importa sapere come sto, come vanno le mie cose, se sono felice o no!	tristezza

Diagnosi

La diagnosi che ho formulato è di Disturbo Distimico. La paziente, infatti, lamenta uno stato dell'umore triste, presente tutti i giorni e caratterizzante la maggior parte delle sue giornate da circa due anni. Tale stato è accompagnato da scarso appetito, insonnia, astenia, bassa autostima, difficoltà di concentrazione. Sono presenti inoltre tratti di Disturbo di personalità NAS Passivo Aggressivo; in particolare la paziente si lamenta di essere poco capita e poco apprezzata dagli altri, oscilla tra atteggiamenti di sfida ostile e di rimorso, fa resistenza ad eseguire compiutamente i propri compiti sociali e lavorativi di routine.

I test utilizzati nella valutazione diagnostica sono stati la SCID-II, l'YSQ e la batteria CBA.

Definizione del problema secondo il terapeuta

L'ansia e la tristezza che la paziente lamenta ruotano intorno alla sua vita universitaria; più precisamente G. quando arriva da me si chiede se lasciare o meno l'università per iniziare a lavorare o iscriversi ad una facoltà più facile. Questo conflitto è legato all'autoimmagine ossia alla preoccupazione per l'immagine che gli altri hanno di lei.

Nel corso dei colloqui anamnestici ho potuto evidenziare due importanti scopi caratteristici di G.: essere performante e non essere/apparire come una persona vulnerabile e debole. Entrambi questi scopi

sono legati alla percezione di profonda inadeguatezza della paziente, che ha origine nel suo vissuto familiare. G. non mi riferisce episodi prototipici di aspra critica o rifiuto da parte dei familiari, mi racconta però fin dal primo incontro la pervasiva e sofferta percezione che la sorella maggiore fosse la figlia preferita dai genitori. Ciò ha condotto la paziente a sentirsi, paragonandosi alla sorella, inferiore e difettosa e l'ha spinto a ricercare di omologarsi a lei: ne ha imitato i gusti, ha condiviso le amicizie, ha seguito il suo iter formativo. Lo scopo di essere performante è una strategia per ipercompensare il suo schema di inadeguatezza ed è sostenuto da una credenza patogena del tipo: *sono amabile se e solo se riesco ad essere brava ed efficace*. G. ha sempre cercato di dare il massimo di sé nell'ambito scolastico e professionale. Da una parte per emulare il comportamento della sorella, da una parte perché essere performanti ha sempre regolato la sua autostima, anche in momenti di seria difficoltà socio-relazionale nel passato. Da adolescente essere brava a scuola le ha permesso di costruire un'immagine di sé come persona di valore e di strutturare delle fantasie di rivalsa, anche sociale, rispetto all'ambiente scolastico in cui si è sentita emarginata.

Lo scopo di *non essere una persona debole e vulnerabile* ha alla base una credenza patogena del tipo: *se sei debole gli altri si approfitteranno di te o possono sottometterti*, ossia è sostenuto dalla convinzione che essere vulnerabili vuol dire esporsi a prevaricazioni da parte degli altri. Questa credenza ha origine nella storia familiare in particolare riferita all'atteggiamento della mamma che si prende cura della nipote schizofrenica (atteggiamento duramente criticato da G.). L'idea di debolezza personale è inoltre associata alla convinzione di poter essere squalificata o attraverso una invalidazione personale (esperienza vissuta quando da adolescente si lamentava in casa del suo isolamento sociale a scuola) o attraverso l'aiuto che gli altri possono offrire e che G. vive come un fatto estremamente coercitivo, che reitera il suo timore di apparire inadeguata (se non riesce a seguire i consigli che le vengono offerti).

Questi *antigoal* regolano i suoi problemi:

- **Formativi/lavorativi:** Quando prepara gli esami e immagina le sue performance teme di non farcela e di deludere il docente e i colleghi, apparendo come debole e incapace. A ciò si connette la sua impossibilità a chiedere aiuto, legata allo scopo di non essere debole, come la madre e all'obiettivo di riscattarsi e raggiungere i propri valori personali.
- **Nella vita sociale con i coetanei:** la vita sociale di G. sembra essere caratterizzata dallo scopo di mantenere una *posizione up rispetto ai coetanei*, nei confronti dei quali mantiene un atteggiamento molto disponibile e oblativo (ad es. presta gli appunti, offre ascolto ai loro problemi), e a evitare attentamente di assumere una *posizione down* (non fa mai richieste, non confida mai i suoi problemi), anche se ciò avviene a costo di sperimentare una profonda rabbia verso gli altri (in particolare perché vede un interessamento rivolto solo a *cosa fa* e non a *come sta*) e una profonda tristezza (nessuno si interessa mai a me).

Meccanismi di mantenimento

<i>Meccanismi di mantenimento</i>	<i>Meccanismo Implicato</i>
<i>Programmarsi un esiguo numero di esami da fare a sessione ed evitare di dare gli esami</i>	Riduce il senso di autoefficacia e incrementa la sovrastima del pericolo di fare una brutta figura.
<i>Attenzione selettiva verso alcuni giudizi</i>	Determina una sovrastima delle informazioni compatibili con l' ipotesi di non ricevere stima o di essere indifferente agli altri.
<i>Cicli interpersonali:</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Madre e sorella la invitano a compilare Curricula Vitae e a cercare un lavoro</i> ▪ <i>Atteggiamento oblativo</i> 	<p>Le rimandano un'idea di bassa efficacia e di debolezza.</p> <p>Le consente di mantenere una relazione distaccata dagli altri, con cui non entra in intimità.</p>
<i>Attenzione selettiva verso le prestazioni degli altri</i>	Determinano una sovrastima delle capacità altrui vs le sue personali in-capacità
<i>Doverizzazioni</i>	Le impediscono darsi dei criteri di scelta basati su preferenze, desideri e motivazioni.
<i>Affect as information</i>	Mantiene in particolar modo l'ansia per le prestazioni (se ho paura vuol dire che andrà male).
<i>Ruminazioni</i>	Determina una focalizzazione sulla catastroficità del giudizio negativo, impedendole di costruire delle strategie di <i>problem solving</i> .

Vulnerabilità

Storica:

- Isolamento in adolescenza
- Percepita svalorizzazione delle sue capacità intellettive vissuta con senso di ingiustizia
- Confronto con la sorella molto performante
- Elevati standard familiari
- Standard morali familiari molto rigidi
- Madre "debole": cede alla richiesta di occuparsi della cugina schizofrenica: Idea che se sei debole gli altri si approfittano di te, vieni sminuito e non vieni rispettato.
- Malattia della cugina

Attuale:

- Credenza che la debolezza e la vulnerabilità implicino una *diminutio* del valore personale
- Credenza che se sei vulnerabile gli altri possano approfittarne

Trattamento

Il piano di trattamento ha previsto più fasi:

1. FASE 1a-Riduzione della sintomatologia depressiva acuta (anedonia, insonnia)

Fase 1b-Comprensione dei meccanismi alla base della depressione e dei fattori che la mantengono.

2. FASE 2-Modificazione della percezione di inadeguatezza
3. FASE 3-Miglioramento delle abilità sociali

L'obiettivo implicito della prima fase della terapia era di stabilire le condizioni utili all'inizio di un lavoro personale (la paziente presentava insonnia, umore molto depresso, facile faticabilità). Per conseguire questo obiettivo, inviata la paziente ad un neuropsichiatra per la revisione della terapia farmacologica, ho iniziato una fase di psicoeducazione sulla depressione e di costruzione, attraverso la condivisione in seduta degli ABC relativi alla tristezza, dello schema di mantenimento dell'anedonia (circolo vizioso faticabilità-passività). Questo ci ha permesso di consolidare l'alleanza terapeutica e di lavorare sulla riduzione della passività: abbiamo impostato un diario settimanale delle attività (in cui la paziente ha annotato quotidianamente le attività svolte, il senso di stanchezza e il grado di interesse/piacere provato nello svolgerle) e programmato compiti graduati da svolgere (prepararsi la merenda, cucinare una lasagna, andare in libreria, prendere appuntamento dall'estetista, iniziare a frequentare un gruppo di amici). Il monitoraggio a casa e in seduta dei pensieri disfunzionali e la ricostruzione delle dinamiche interpersonali antecedenti e conseguenti gli episodi di tristezza hanno permesso alla paziente di migliorare l'*insight* relativo al suo problema, presentato inizialmente come un fatto esterno compromettente la qualità della vita della paziente e svincolato totalmente da ogni sua possibilità di padroneggiamento. Il lavoro successivo è stato quindi una discussione delle autocritiche della paziente, delle distorsioni cognitive (etichette stereotipate, pensiero tutto o nulla, ragionamento emotivo, ipergeneralizzazioni, doverizzazioni) e dei vantaggi e degli svantaggi che occorrono quando vi presta ascolto. In questa fase l'utilizzo della tecnica della freccia discendente ci ha permesso di evidenziare che alla base della tristezza di G. ci sia il fallimento di un'idea di *riscatto* rispetto all'adolescenza, età in cui si è sentita isolata e squalificata dagli altri; l'*antigoal* caratterizzante i vissuti emotivi di G. è: *devo apparire brava ed efficace, altrimenti sono inadeguata (non all'altezza di essere amata → attesa di rifiuto)*. Una parte di questa fase è stata dedicata alla condivisione dei meccanismi di mantenimento della tristezza; abbiamo lavorato in particolare sulle ruminazioni, gli evitamenti e l'attenzione selettiva verso i giudizi altrui. Tutte queste operazioni sono state accompagnate da un intervento costante di validazione emotiva, con lo scopo di normalizzare e condividere l'esperienza di G., improntata su una rappresentazione di sé come inadeguata e vulnerabile.

Al termine di questa prima fase la paziente ha iniziato a dormire più a lungo e si è sentita più attiva e tranquilla. Il monitoraggio dei pensieri disfunzionali le ha permesso di normalizzare il disturbo, di osservare quali eventi, con maggiore frequenza e regolarità si associano all'emersione degli stati di tristezza e di comprendere il ruolo dei fattori di mantenimento del problema, favorendo l'istaurarsi di un clima di attiva collaborazione.

Le successive fasi del trattamento sono incentrate sulla percezione di Inadeguatezza che presenta la paziente. La fase n. 2 è stata strutturata al fine di promuovere una ristrutturazione cognitiva ed una accettazione del timore di apparire inadeguata, partendo dalle strategie di *coping* utilizzate dalla paziente incentrate prevalentemente sull'evitamento. A livello interpersonale questo timore impediva alla paziente di fare scelte autonome e di esporsi alle situazioni in cui potevano trasparire alcune sue manchevolezze sociali e professionali e si rivelava responsabile di un atteggiamento interpersonale passivo. L'obiettivo è stato quindi di normalizzare la percezione di inadeguatezza e favorire una maggiore autonomia di giudizio. La percezione di inadeguatezza, come si evince dalla fase precedente, si associa alle credenze di *poter essere rifiutata* e di *essere giudicata non amabile*. Abbiamo ricostruito tali credenze (a partire dagli ABC che la paziente faceva a casa) individuando il loro ruolo negli stati depressivi, nell'andamento universitario e nelle relazioni interpersonali. Gli interventi che ho improntato con la paziente sono stati focalizzati sulla riduzione del timore di essere giudicata inadeguata a causa dei comportamenti che mette in atto (evitamenti nel dare gli esami o nel partecipare attivamente ai gruppi di studio): servendomi del Dialogo Socratico, della Tecnica della torta, della ricostruzione delle Prove a favore/contro e della tecnica del Doppio Standard ho cercato di ridurre la percezione di minaccia, aiutando la paziente a formulare ipotesi alternative rispetto a ciò che gli altri pensano di lei e alla credenza di essere rifiutata a causa dell'inadeguatezza. Inoltre ho ritenuto opportuno favorire una accettazione e normalizzazione dell'ipotesi di apparire *a volte* come inadeguata: mi sono servita delle tecniche standard (Dialogo Socratico, Doppio Standard) e delle tecniche dell'accettazione mutuata dall'ACT (distinzione tra pensiero e fatto, osservazione dell'evento emotivo per tutta la sua durata senza prendere provvedimenti quali la ruminazione). Questo lavoro è culminato con una serie di Esposizioni (chiedere una spiegazione ai colleghi, proporre agli amici di andare a prendere un tè, iniziare a frequentare un corso di ballo) tramite le quali la paziente ha potuto sperimentare e modificare in vivo i pensieri disfunzionali alla base dell'evitamento sociale. Infine abbiamo lavorato sulla credenza che *essere inadeguati* implichi *non essere amati*, servendoci delle tecniche cognitive standard (Dialogo Socratico, Doppio Standard, Prove a favore/contro) finalizzate a modificare gli errori cognitivi implicati in questa credenza, in particolare le eccessive generalizzazioni e le polarizzazioni.

Al termine di questa fase la paziente ha iniziato a migliorare lievemente le capacità di giudizio e di decentramento, presentando un minore investimento sul timore di inadeguatezza. Ha iniziato inoltre a dare gli esami all'università e a selezionare un gruppo di amiche con cui uscire il Sabato e la Domenica sera. Da un punto di vista sociale la paziente inizia a esporsi maggiormente: si è inserita in un gruppo di studio tra pari e ha iniziato a fare richieste (ad es. di spiegazioni su capitoli o esercizi che non aveva capito).

Emerge però un altro aspetto degno di attenzione nella relazione tra pari: la rabbia. La paziente diviene

molto critica verso i colleghi e gli amici: ne critica le abitudini e i gusti, si lamenta di essere poco capita, reagisce con moti di profonda rabbia verso persone che sembrano interessarsi più profondamente a lei. La *fase n. 3* perciò affronta lo schema di Inadeguatezza della paziente a partire dalle strategie di *coping* utilizzate dalla paziente e incentrate prevalentemente sull'ipercompensazione.

A partire dagli ABC riportati in seduta abbiamo potuto ricostruire le emozioni disturbanti prevalenti durante le interazioni di G. con i coetanei. In particolare G. alterna una profonda tristezza dovuta al pensiero di essere “trasparente agli occhi degli altri” ad una profonda rabbia dovuta a pensieri del tipo:

- “Che egoiste le mie amiche! Nonostante io faccia tanto per loro, nessuna si interessa mai a me/ nessuna mi chiede mai se sono felice”
- in situazioni di aumentata intimità: “come si permette di chiamarmi “piccola”?/come si permette di darmi consigli? So badare perfettamente a me stessa!”

L'obiettivo implicito di questa fase è stato quindi aiutare la paziente a riconoscere il ruolo del suo comportamento (oblativo e non richiedente) nel determinare la percezione di essere “trasparente” agli occhi degli altri. In una prima fase abbiamo ricostruito alcuni ABC relativi a situazioni in cui la paziente ha sperimentato rabbia nel rapporto con le amiche e abbiamo ricostruito le dinamiche interpersonali caratterizzanti questi episodi. Attraverso il Dialogo Socratico e la tecnica del *Laddering* abbiamo ridefinito due temi alla base delle strategie interpersonali utilizzate (anche storicamente) dalla paziente per contrastare la percezione di Inadeguatezza:

1. “*Come si permette di darmi consigli*” = che rimanda ad un conflitto forte /debole (“Non devo apparire debole. Se sei debole gli altri si possono approfittare di te”).
2. “*Oblatività*” = “faccio tanto, ma non ricevo attenzioni” che rimanda alle credenze:
 - “se chiedi puoi essere sottomesso dagli altri”
 - “se non riesci a seguire i consigli che ti danno dimostri ancora di più la tua incapacità”
 - “se chiedi puoi non ottenere aiuto e comprensione”

Abbiamo quindi potuto lavorare sulle credenze disfunzionali relative all'idea di debolezza e di *diminutio* del valore personale. Inizialmente ci siamo concentrati sul conflitto Forte/ Debole, sia riducendo i termini del conflitto attraverso Dialogo Socratico e l'analisi dei Costi/Benefici delle due condizioni, sia normalizzando, attraverso la tecnica del Doppio Standard, l'idea di debolezza. Successivamente abbiamo lavorato sull'oblatività. Attraverso una analisi dei vantaggi e degli svantaggi dell'atteggiamento oblativo abbiamo messo in evidenza i costi dell'eccessiva disponibilità e ridefinito l'atteggiamento non richiedente della paziente come una strategia che le consente di mantenere una *posizione up* nelle relazioni. Una parte di questa fase è stata dedicata alla vulnerabilità: attraverso l'*Imagery with Rescripting* abbiamo lavorato su momenti passati in cui ha avuto difficoltà e non ha ricevuto aiuto e comprensione. Abbiamo terminato questa fase attraverso un **Training Assertivo** e una serie di **Esposizioni** (parlare ad un'amica di un recente

momento di tristezza, chiedere un consiglio).

Al termine di questa fase a paziente ha migliorato notevolmente la qualità dei rapporti interpersonali: sa esprimere richieste e preferenze, sa mettere un confine alle richieste degli altri, sa parlare di sé mostrando i pregi e non nascondendo i difetti e le difficoltà, inizia ad avere rapporti sociali caratterizzati da una maggiore intimità.

Cenni sulla relazione terapeutica

La paziente fin dall'inizio si è mostrata molto motivata al trattamento e molto collaborativa, una paziente perfetta per ciò che riguarda il rispetto degli orari e l'impegno personale in seduta e fuori (*homework*). Numerosi sono stati i momenti in cui mi ha chiesto di esprimere pareri su situazioni interpersonali che ha vissuto con difficoltà; ho cercato di monitorare il mio atteggiamento ascoltando con partecipazione le sue difficoltà e cercando di spronarla a giudicare lei stessa i pro e i contro del suo comportamento, evitando di dare consigli, di far trasparire critiche e di assumere un atteggiamento troppo direttivo. L'ausilio di manuali di auto-aiuto ci ha permesso di impostare un rapporto incentrato su una franca collaborazione e di aumentare il senso di efficacia della paziente nel suo percorso.

Autovalutazione critica del terapeuta

La terapia ha avuto buoni esiti, anche se il timore di G. di poter deludere gli altri e di apparire inadeguata ancora oggi in alcune situazioni tende ad essere presente, motivo per cui sto continuando a seguirla. In particolare la paziente, proprio per non deluderlo, ha deciso di fidanzarsi molto velocemente con un ragazzo che l'ha corteggiata per un lungo periodo e che le ha chiesto recentemente di avere una risposta. Durante la terapia, per favorire una migliore autonomia della paziente ho lavorato molto sui timori del giudizio altrui, articolandoli in maniera più ampia e favorendone una accettazione. Ho insistito poco, però sulla validazione delle scelte della paziente e dei suoi punti di forza (onestà, sensibilità, ambizione, concretezza), che credo sia necessario recuperare per aiutarla a focalizzare meglio le sue motivazioni.

Il contratto attuale è aiutarla ad assumere un atteggiamento maggiormente assertivo nei confronti del partner.

Autore Mara Romiti

Specializzata a Roma training Mancini (SPC)

e-mail: mara-romiti@libero.it

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

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di

Psicologia Cognitiva e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio
116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it