

La costante sensazione di mancata
appartenenza:
un caso di Disturbo Evitante di Personalità

Enrico Stea

Riassunto

Nel presente lavoro verrà illustrato un caso di Disturbo Evitante di personalità in comorbidità con Disturbo da Ansia Sociale Generalizzata. Tramite l'analisi del profilo interno del disturbo saranno descritte le variabili indipendenti implicate nei sintomi del paziente e verranno messi in luce i temi di vita alla base dei disturbi presentati. Dopo aver passato in rassegna i fattori di mantenimento dei problemi del paziente, andrò a descrivere scempenso e fattori di vulnerabilità storica e attuale. Verranno, infine, illustrati obiettivi, fasi, rationale e tecniche della terapia cognitivo-comportamentale oltre alle valutazioni d'esito.

Abstract

Here I present a case of Avoidant Personality Disorder, in comorbidity with Social Anxiety Disorder (generalized type). Through the analysis of the inner profile of the disturbance, independent variables implied in the patient's symptoms will be described, and the personal life themes behind his disturbances will be highlighted. After describing the patient's "maintenance" problems, I will go through the events that causes decompensation and historical and present vulnerability factors. Subsequently, I will present goals, phases, rationale and techniques of cognitive-behavioural therapy, concluding with an evaluation of the results obtained.

Presentazione del paziente

Andrea, 25 anni, disoccupato, laurea triennale in Ingegneria (iniziato il corso biennale, ha interrotto gli studi a settembre 2009), single (a novembre 2009 ha lasciato la ragazza con cui aveva una relazione da aprile 2009), terzo di tre fratelli, vive nell'albergo di famiglia con la famiglia di origine. Il nucleo familiare e abitativo è formato, oltre che da Andrea, dal padre (71 anni, pensionato → pensione minima), dalla madre (66 anni, collabora alla gestione dell'albergo) e dalla sorella (27 anni, iscritta all'Università, le mancano pochi esami ma non frequenta più i corsi per aiutare nella gestione dell'albergo). Il fratello (41 anni sposato, lavora) vive con la moglie in un'altra casa, viene definito da Andrea come un "secondo babbo".

Andrea viene in contesto di terapia privata alla fine del Gennaio 2010 inviato dallo psichiatra curante che gli ha prescritto una cura farmacologica a base di sertralina (150 mg) e che ha ricontattato a gennaio 2010, dopo essere già stato in cura con lo stesso precedentemente.

Precedenti terapie:

- 2005: terapia farmacologica (paroxetina) prescrittagli da un urologo a cui si era rivolto per difficoltà ad urinare, nonostante l'impellenza, nei bagni pubblici.
- 2005/06: terapia farmacologica a base di sertralina prescrittagli da una psichiatra contattata per il solito problema.
- 2006/07: terapia cognitivo-comportamentale e farmacologica (sertralina) con lo psichiatra inviante.
- Primavera 2008 - estate 2008 psicoterapia cognitivo-comportamentale con una psicoterapeuta segnalatagli dallo psichiatra inviante.

Il paziente si presenta al primo colloquio (fine gennaio 2010) in forte anticipo, risulta sufficientemente curato nell'aspetto e nel vestiario, lucido, orientato nel tempo e nello spazio, mnesico, l'eloquio è nella norma, tende ad eludere il contatto oculare, appare piuttosto teso, inquieto, è accessibile e collaborativo seppur tenda con facilità a saltare da un problema all'altro. Riferisce di soffrire a causa di stati ansiosi e di stati depressivi intensi e frequenti che ne limitano il funzionamento sociale, gli studi, la possibilità di lavorare, le relazioni. Dalle prime descrizioni del paziente, l'ansia sembra essere legata a particolari antecedenti implicanti una performance, il giudizio (proprio e altrui) e il confronto con gli altri: performance all'università soprattutto davanti ai colleghi, parlare con i colleghi o in pubblico, parlare con una ragazza, confrontarsi con gli altri, l'idea di dover iniziare a lavorare, l'idea di fare brutte figure in pubblico, il pensiero di potersi rivelare come difettato, strano, incapace e per questo essere umiliato dagli altri, avere pensieri "malati o da pervertito". Tali situazioni vengono per lo più evitate dal paziente o affrontate con forte tensione e fatica ("mi sento come se fossi sempre sotto processo"). Gli stati depressivi dichiarati da Andrea risultano essere caratterizzati da: abbassamento del tono dell'umore, diminuzione delle attività finalizzate, rimuginii, autosvalutazione, sensi di colpa, ritiro sociale, lunghe dormite. Il paziente riferisce di provare a volte rabbia e invidia verso gli altri (ex ragazza in primis) che hanno una vita normale e che non hanno tutti i problemi che lo affliggono e/o verso gli altri che lo "umiliano" e di covare talvolta fantasie di rivalsa sociale ("essere il meglio, un figo, avere tutte le ragazze che voglio, essere ammirato dagli altri, umiliarli").

Il paziente, durante la prima consultazione, riporta inoltre altre manifestazioni cognitive e

comportamentali definite dallo stesso come problematiche in quanto vissute come segnale di perversione sessuale e/o di malattia mentale: masturbazione “compulsiva” (così definita da Andrea) fino a 7 volte al giorno; “dipendenza da internet”, in particolare ricorso quotidiano a chat erotiche; “ossessioni sessuali” (frequenti fantasie sessuali) e “ossessioni di finire nella droga, di far del male a qualcuno, uccidere, impazzire”, condotte autolesive (piccoli tagli sull’avambraccio).

Andrea riporta come possibile spiegazione dei propri problemi il fatto di aver sviluppato una doppia personalità: da un lato il secchione che pensa solo all’università, che non può avere una vita sessuale e sociale normale, chiuso, con il problema del bagno, ansioso e depresso; dall’altro l’Andrea meno studioso e più aperto con gli altri, meno sensibile ai giudizi e alle critiche, più “figo” e disinvolto (“personalità che ho iniziato a sviluppare quando ho avuto la prima ragazza”). Considera quindi i propri problemi emotivi come tratti di personalità che caratterizzano determinate categorie di persone piuttosto che come segnali di minaccia o compromissione di uno scopo. Questa ipotesi è rinforzata da un’altra credenza che il paziente esplicita in sede di primo colloquio: “se ho la ragazza non posso avere un buon lavoro perché qualcosa deve andar male per forza”.

Il paziente riporta, inoltre, come possibile causa dei propri problemi il fatto di non meritarsi di star bene in quanto vagabondo, scansafatiche (“non faccio niente quindi non merito di essere felice”).

Diagnosi: sulla base dei problemi presentati dal paziente è possibile formulare una doppia diagnosi sugli assi I e II del DSM-IV:

- I. Disturbo da ansia sociale generalizzata
- II. Disturbo evitante di personalità

Gli stati depressivi riportati dal paziente risultano avere caratteristiche di reattività e di transitorietà tali da far escludere un’ulteriore diagnosi nello spettro dei disturbi dell’umore.

Profilo interno del disturbo

Tramite la compilazione, sia in seduta che come homework, di ABC e di diari di automonitoraggio relativi alle situazioni descritte come problematiche, è stato possibile ricostruire con il paziente i meccanismi di funzionamento dei problemi presentati, gli antecedenti, le credenze e gli scopi che ne regolano sintomi e comportamenti.

Riporto di seguito alcuni ABC particolarmente significativi e che consentono di schematizzare il profilo interno del disturbo.

Una prima situazione tipica in cui l’ansia si presenta in modo persistente e intenso è legata all’eventualità imminente di iniziare a lavorare (per i problemi economici emersi in famiglia Andrea

si sente obbligato a trovarsi un lavoro):

A	B	C
A casa dopo aver fatto un colloquio di lavoro	E se mi assumono? Non sarò in grado di lavorare, l'ansia mi annebbierà i pensieri, farò brutte figure, farò errori irreparabili, mi renderò ridicolo, i colleghi mi umilieranno, il capo si incazzerà e mi sgriderà Sarò sempre sotto pressione e non reggerò lo stress Non ce la farò ad andarci tutti i giorni, starò troppo male, sempre in ansia o depresso, soffrirò troppo	Ansia Agitazione psicomotoria Rumino sull'eventualità temuta Fantasie di fallimento (vita da barbone) Cerco di rassicurarmi: "ora non ho la ragazza... tanto si deve morire tutti" Tentativi di distrarsi dai pensieri ansio geni

In questo ABC osserviamo il paziente preoccuparsi rispetto alla possibilità (percepita come molto probabile) di non riuscire a svolgere le proprie future mansioni lavorative e alle conseguenze che in particolare questo porterebbe nella sua vita. In primis teme di poter essere umiliato dai colleghi e di essere esposto a critiche severe e freddo disprezzo da parte dei superiori. Dal seguente ritaglio di colloquio si evidenzia cosa rende per il paziente intollerabile questo scenario:

T: se dovessi fare un errore o una brutta figura a lavoro, cosa potrebbe succedere?

Pz: gli altri mi umilierebbero, mi inizierebbero a trattare come il bamboccio di turno, a prendermi in giro, il capo si arrabbierebbe con me, mi sgriderebbe, starei sempre in ansia, sempre sotto pressione, non riuscirei a fare altro, potrei perdere il controllo, avere attacchi di panico e fare cazzate su cazzate... a lavoro tutti mi etichetterebbero come l'incapace, lo strambo di turno, lo sfigato... andrebbe a confermare la mia idea di fondo di avere qualcosa che non va, di essere difettato, di essere diverso dagli altri... sarebbe insopportabile vorrei essere accettato, sentirmi parte di un qualcosa, non un emarginato, un buono a nulla, non sarebbe più vita, sarebbe faticoso andare a lavorare, starei malissimo, entrerei in depressione, vivrei come un vegetale, non parlerei con nessuno, non uscirei, non potrei trovare ragazze, avere un lavoro, amici, soffrirei troppo e questa sofferenza non avrebbe mai fine (sofferenza emotiva come ulteriore costo percepito).

Emerge quindi che Andrea vive il possibile inizio di un'esperienza lavorativa come potenziale minaccia rispetto ad uno specifico anti-goal: non rivelarsi definitivamente, agli occhi degli altri e di fronte a se stesso, un incapace, uno sfigato, irrecuperabile difettato, un diverso, un reietto che non può avere una vita come gli altri.

Altro problema descritto dal paziente come fonte di preoccupazione e di umore depresso è rappresentato dalla relazione con la ragazza (dopo la rottura voluta da Andrea a novembre,

rimangono comunque in contatto e a febbraio si riavvicinano).

A	B	C
Sera, ho appena parlato a telefono con la mia ragazza che mi ha detto che ha chattato con Gianluca su MSN e mi ha pure parlato del fatto di poter uscire anche con altre persone	Lei parla con lui su MSN, forse sta meglio con lui, con me sta male sono sempre depresso e ansioso. Forse lei sta con me solo per il sesso, perché sono il bamboccio che può controllare come e quando vuole, sono l'oggetto che sta a casa buono e tranquillo mentre lei se la può spassare con qualcun altro.	Ansia Agitazione psicomotoria Ruminazioni

Laddering

T.: e se fosse così, se fosse vero che lei sta con te solo per il sesso o perché ti può controllare a suo piacimento?

Pz.: allora vorrebbe dire che non conto niente, che sono un bamboccio, un buono a nulla, un vegetale, che sono diverso dagli altri

T.: e se così fosse?

Pz.: non posso avere la vita che vorrei, viaggiare, fare esperienze, avere interessi, avere delle ragazze, trovare piacere nelle cose che faccio... mi dovrei rassegnare ad essere il secchione sfigato che nessuno vuole, un diverso, emarginato, malato e a soffrire di ansia e depressione tutta la vita

A	B1	C1
Dopo la telefonata con la mia ragazza penso al nostro rapporto	Lei è felice, non è depressa come me Io ho il problema del bagno e lei no Io soffro d'ansia e lei no Lei ha una famiglia normale, io non sono cresciuto in una famiglia come la sua Lei lavora e io no Lei è superiore a me perché sa vivere la vita Vorrei essere come lei, vorrei sentirmi superiore	Angoscia Ruminazione Fantasie sessuali (lei con altri uomini) Prendo le gocce (benzodiazepine) Provo a dormire Non le rispondo più al telefono → "me la tiro un po'"

Laddering

T.: il fatto che tu soffra di ansia e depressione mentre la tua ragazza no, cosa significa per te?

Pz.: che sono inferiore, forse dovrei farmi aiutare anche da lei, quando sono lucido penso a questo, e lei sarebbe anche disposta ad aiutarmi ma poi è come se una sete di superiorità mi assalga, mi dico che devo fare da me, devo dimostrare che non ho bisogno del suo aiuto, mi devo sentire superiore.

T.: e se tu ti sentissi superiore alla tua ragazza? Che cosa cambierebbe?

Pz.: mi sentirei meglio, adatto, capace, all'altezza, si abbasserebbero i livelli di ansia, potrei avere anche altre donne, lei si attaccherebbe a me, non mi sentirei più incapace, non adeguato, potrei avere una vita normale

T.: cosa intendi per persona incapace?

Pz.: uno con poche esperienze di vita, con una cultura ridotta, pochi interessi e obiettivi, inferiore agli altri, uno che non può vivere bene

In questi due ABC osserviamo il paziente alle prese con ruminazioni circa la reale disposizione della ragazza nei suoi confronti. In particolare Andrea interpreta alcune frasi pronunciate dalla ragazza come possibile segnale che da parte di lei non vi sia un vero interesse e un reale affetto verso di lui ma che viceversa continui a stare con lui solo perché è facilmente controllabile e inoffensivo (“un bambino che quando lo chiami c'è e che non ti tradirà mai”). Il paziente inoltre legge tale eventualità come prova che andrebbe a confermare la sua inferiorità (mancanza di poteri basici comuni agli altri individui), incapacità e il suo non essere meritevole di affetto, rispetto e stima (percepisce una minaccia allo scopo “non devo appartenere alla categoria degli sfigati, incapaci, reiitti”); parallelamente Andrea ricerca prove che confermino il suo timore, vorrebbe essere superiore alla ragazza (ciò andrebbe a rassicurarlo rispetto allo scopo: “lei si attaccherebbe più a me, non mi tratterebbe come un bamboccio, potrei avere altre donne”) ma confrontandosi (operazione cognitiva interna al pz. che avviene in uno stato mentale di allarme → ragionamento iper-prudenziale) con lei trova solo segnali della propria inferiorità, percepisce così lo scopo come fortemente minacciato e quasi compromesso (la condizione desiderata è vista come sempre più improbabile, seppur non del tutto compromessa). Entra così in uno stato d'animo di forte angoscia, inquietudine che non riesce a gestire e che lo spaventa → valuta le proprie reazioni emotive come ulteriore conferma della propria presunta fragilità e difettosità.

Da altri ABC e dai racconti del paziente in seduta osserviamo come Andrea si trovi spesso impegnato in lunghe ed estenuanti ruminazioni solitarie circa sé stesso (“chi sono io? in che categoria mi devo collocare?”) caratterizzate da pensieri a contenuto negativo:

- Su sé stesso (bad me): “sono brutto, non ho cultura, interessi, sono un vagabondo, un malato, faccio schifo, non merito di star bene”. A questi pensieri fanno seguito stati depressivi (il pz. si rassegna all'idea di essere difettato), forte angoscia e talvolta condotte autolesive (finalizzate a punirsi e a governare gli stati emotivi intensi e perduranti). Questi stati emotivi vengono vissuti dal pz. come ulteriori segnali di malattia, indici di sofferenza mentale e per questo da fronteggiare, gestire, ridurre in qualche modo.

- Sugli altri (poor me): “i miei genitori mi hanno protetto troppo, mio padre non è una buona figura, non ho una famiglia normale mentre gli altri sì, gli altri sono cattivi, critici, freddi”. Emergono stati rabbiosi, invidia, fantasie di risalire la china e di sottomettere gli altri, di umiliarli (fantasie di successo e di rivalsa)

A	B	C
Il “collega” mi rimprovera per un errore che, secondo lui, io avrei fatto, l’altro collega lo appoggia	Mi sta tirando delle frecciate, le dice in maniera pungente, mi sta sfottendo, mi vuole umiliare, fa sembrare la cosa come una catastrofe, mi stanno sfigurando davanti a tutti, mi vogliono umiliare, mi vogliono far fare una figura di merda davanti a tutti	Ansia Rigidità muscolare, confusione, batticuore, tremori, senso di oppressione

A1/C	B1	C1
Ansia Rigidità muscolare, confusione, batticuore, tremori, senso di oppressione	Sto facendo una figura di merda... devo farmi vedere forte e risoluto... non devo farmi vedere oppresso da loro Devo reagire, non devo farmi schiacciare altrimenti mi umiliano davanti a tutti laddering ↓ mi umilieranno sempre, diventerò il Fantozzi dell’azienda, mi prenderanno tutti in giro e io non ci potrò far niente... non riuscirei più a lavorare, sarei sempre in ansia	> Ansia > Sintomi fisici Agitazione psico-motoria Cerco di spiegare le mie ragioni dicendo che l’errore l’abbiamo fatto tutti e tre

Abc successivi

A	B	C
Ansia Sintomi fisici I colleghi persistono nel rimprovero	Basta non ne posso più, è l’ora di finirla, sarà una cazzata ma a me dà fastidio. Mi hanno rotto veramente. Non posso sempre prenderle. Mi stanno umiliando e non è giusto perché l’errore non l’ho fatto solo io, l’hanno fatto anche loro, l’abbiamo fatto in tre.	Rabbia Arrossisco Scoppio, alzo la voce, urlo, dico le mie ragioni senza offenderli

A	B	C
Rabbia Arrossisco Scoppio, alzo la voce, urlo, dico le mie ragioni senza offenderli Un altro collega mi chiama “checca isterica” dopo le mie	Sono una checca isterica, odio che figura di merda, tutti mi schiacciano, tutti sono meglio di me, io non vado bene, uno sfigato, tutti si sono accorti che sono difettato, che sono il bersaglio di tutti, il Fantozzi della situazione,	Tristezza Scoraggiamento Rimango offeso, parlo poco, cerco di isolarmi, rimugino sull’accaduto, rispondo male al collega per tenerlo a distanza

esternazioni	che non vado bene... e ora come faccio a passare altri tre mesi qui?	
--------------	----------------------------------------------------------------------	--

In questa sequenza di ABC osserviamo come il paziente operi uno shift fra due stati mentali diversi:

- scopo minacciato → ansia, agitazione
- scopo danneggiato ingiustamente → rabbia, acting out

In un primo momento Andrea si percepisce esposto alle critiche pungenti e sarcastiche dei colleghi, sente vicina l'umiliazione e l'esposizione al pubblico ludibrio, si agita, prova ansia, cerca di mascherare i sintomi e l'agitazione (per non dimostrarsi agli altri come fragile e ancora più vulnerabile), cerca di difendersi ma difetta di assertività e di abilità relazionali (non si sente in grado di rispondere efficacemente alle critiche) e si attribuisce la responsabilità, seppur parziale, dell'errore. Le critiche dei colleghi si protraggono e a questo punto avviene lo shift allo stato rabbioso. Andrea valuta le critiche come esagerate, ingiuste ("hanno responsabilità anche loro") e il suo status di vessato come non ulteriormente tollerabile ("non posso sempre prenderle"); si arrabbia, esplode come una pentola a pressione, alza la voce. Da sottolineare come l'ingiustizia percepita dal paziente sia frutto del modo umiliante, svilente, derisorio col quale i colleghi gli attribuiscono l'errore; sta nella derisione e nell'umiliazione e non nella segnalazione dell'errore in sé.

Tale reazione è però percepita dai colleghi come esagerata, da matti; apostrofano così Andrea con l'appellativo di "checca isterica". Avviene a questo punto un ulteriore passaggio ad un altro stato mentale → scopo compromesso/tristezza. Il paziente ritiene di aver fatto una brutta figura, si percepisce e teme di essersi dimostrato agli occhi altrui come uno debole, strambo, difettato e non in grado di farsi rispettare. Tale valutazione rinforza e mantiene la percezione di aver qualcosa da nascondere e di conseguenza il timore di essere umiliato.

Considerazioni sintetiche sulle variabili indipendenti implicate nei sintomi del paziente

Il paziente soffre in quanto si percepisce costantemente sotto la spada di Damocle di doversi rassegnare ad essere (di fronte agli altri e a sé stesso) un individuo poco dotato di poteri, difettato, inferiore e reietto rispetto al gruppo di riferimento. Tale eventualità è vissuta come terribile, catastrofica e inaccettabile perché andrebbe a compromettere l'unica condizione ritenuta dal paziente praticabile (scopo strumentale iper-investito) per ottenere orgoglio per sé stesso (autostima); il paziente non conosce e/o non reputa valide vie strumentali alternative per garantirsi tale bisogno psicologico di base. Il problema sta, quindi, nelle gerarchie di scopi e valori (o regole cognitive) che il paziente ha potuto apprendere per influsso culturale, modellamento, messaggi dei

familiari e che modulano in maniera predominante i suoi comportamenti, emozioni e valutazioni. Il paziente ritiene, infatti, che l'unico modo per essere orgoglioso di sé stesso sia quello di rivelarsi un individuo ben dotato (possesso di poteri), capace di performance spiccate, popolare, desiderato, riconosciuto in un rango elevato all'interno del gruppo di riferimento. Non vengono considerate altre strade per garantirsi orgoglio per sé stesso (ad es.: essere un "buon membro del branco", ossia, sensibile verso gli altri, cooperativo, amorevole, interessato ed impegnato relativamente al bene comune, rispettoso dei diritti e delle regole, attento alla giustizia sociale, ecc). Inoltre il paziente è stato talmente impegnato nel cercare di ottenere accettazione, stima e ammirazione da subordinare a questi valori la possibilità di esplorare attività e obiettivi intrinsecamente motivanti nei quali riconoscersi e realizzarsi → da solo (rifiutato), dunque, non saprebbe come spendere la propria vita (esasperazione della catastroficità del rifiuto e dell'esclusione) e come goderne.

Fattori e processi di mantenimento

Dall'analisi del profilo interno del disturbo emergono quattro stati mentali figli di altrettante valutazioni diverse rispetto allo stato, percepito momento per momento, dello scopo in gioco:

1. scopo minacciato → ansia, agitazione psicomotoria, imbarazzo
2. scopo compromesso meritatamente (per suo demerito) → depressione, colpa, autosvalutazione, rassegnazione
3. scopo compromesso ingiustamente → rabbia, acting out, desiderio di compensazione e rivalsa
4. scopo raggiunto o promessa di realizzazione dello scopo → gioia, euforia, fantasie di rivalsa e superiorità

In particolare due stati mentali si presentano con più frequenza e provocano nel paziente maggior disagio e sofferenza psicologica:

Scopo minacciato

A/SD (occasioni)	B	C
Pensiero di dover iniziare un nuovo lavoro	Potrei fare qualcosa e/o avere qualche caratteristica che provochi un giudizio negativo quale: sfigato, goffo, incapace, fragile, insicuro, strambo	Ansia Imbarazzo
Performance lavorative		Agitazione psicomotoria
Errori sul lavoro		Tensione muscolare
Contatto con i colleghi		Continua auto-osservazione
Parlare con una ragazza	Mi umilirebbero e/o mi allontanerebbero e/o mi compatirebbero e/o mi subordinerebbero	Inibizione interpersonale
Parlare con uno sconosciuto		Evitamenti esposizione agli altri
Mangiare davanti agli altri		Passività, acquiescenza
Chiedere informazioni		Ruminazioni solitarie
Chiedere aiuto a lavoro	Dovrei rassegnarmi a essere un difettato senza speranza (reietto)	Attenzione selettiva alla ricerca di segnali di minaccia
Situazioni di gruppo		Ragionamento iperprudenziale
Contatto con i superiori		(prende per buoni segnali minacciosi)
Critiche dei colleghi	Verrei escluso, subordinato,	

Critiche dei familiari	emarginato, deriso e io stesso condividerei il giudizio ed i criteri di valutazione degli altri... penserei di meritare quel disprezzo E poi? Come sarebbe la mia vita? Come farei a vivere? Non ne ho idea (ignoto)	ed è critico verso quelli rassicuranti) Perfezionismo nelle performance: check continuo nell'esecuzione di compiti ed attività sottoposte all'osservazione altrui
------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Rinforzi (meccanismi di mantenimento) di C per il tramite di B:

- **Attenzione selettiva:** il paziente focalizza in maniera costante la propria attenzione sui segnali di minaccia (atteggiamenti altrui, stati interni, proprio comportamento) e questo finisce per produrre un abbassamento della soglia di percezione degli stessi con conseguente diminuzione della soglia di percezione della minaccia.
- **Affect as information:** il semplice fatto di provare ansia fa valutare al paziente la situazione come estremamente pericolosa, ciò comporta un'estrema generalizzazione (maggior numero di situazioni pericolose) e scarsa capacità di discriminare situazioni di pericolo da situazioni di sicurezza (unica classe di equivalenza e unica ipotesi focale).
- **Mood congruity effect:** lo stato emotivo fa sì che il paziente si focalizzi su dati e segnali coerenti con esso e li colga anche in altre situazioni (aumento delle situazioni minacciose).
- **Ragionamento e vaglio delle ipotesi disponibili:** il modo iper-prudenziale (legato allo stato intenzionale) con cui il paziente controlla la validità delle proprie ipotesi di pericolo fa sì che finisca per focalizzarsi solo sulle ipotesi minacciose (ignorando segnali di sicurezza), facendogli così percepire come più probabile e minaccioso l'evento temuto (incremento dell'ansia e dei comportamenti protettivi → circoli viziosi di mantenimento). Così un rimprovero, una critica di un collega diventa un segnale forte che va a confermarli l'ipotesi che gli altri stiano lì a giudicarlo come difettato, strano, sfigato, fannullone e lo possano, perciò, umiliare, subordinare, compatire o isolare.
- **Euristica della disponibilità:** il focalizzarsi costantemente sull'ipotesi di minaccia e il cercarne costantemente segnali congrui, fa sì che essa sia più presente nella mente del paziente e che quindi venga percepita come più probabile.
- **Circoli viziosi interpersonali:** i comportamenti e gli atteggiamenti del paziente possono indurre gli altri a percepirlo strano, inspiegabilmente teso, chiuso, timido, remissivo, passivo e ad agire di conseguenza prendendolo in giro, ignorandolo o compatendolo (rinforzo di B); il fatto, inoltre, che non chieda mai aiuto a nessuno e non palesi mai i motivi del suo malessere porta ad

incomprensioni, problemi di comunicazione e di relazione con l'altro che si può stancare, irritare, allontanarsi e/o spaventarsi, può criticarlo o, al contrario, provare compassione e tentare di "soccorrerlo" ("se mi compatiscono => sono inferiore, fragile, un bambino... se ne sono accorti!").

- Il fatto di ruminare da solo su quanto successo o potrebbe succedere (reificazione del dialogo interno, se la canta e se la suona) ha come conseguenza il fatto che non metta mai in discussione le proprie valutazioni né prenda in considerazione altre ipotesi esplicative (ad esempio: sui valori e i criteri di giudizio degli altri → ritiene che tutti condividano i suoi).
- L'evitamento da un lato previene la possibilità di rintracciare dati disconfermanti la previsione nefasta tenuta sotto osservazione, dall'altro lato non permette di uscire dallo stato intenzionale iperprudenziale ma anzi lo rinforza (stavolta mi è andata bene ma devo continuare a stare attento). È tutto preso dall'evitamento della minaccia (umiliazione) tanto che iper-investe su un unico scopo e ciò gli rende del tutto inaccettabile la sua compromissione in quanto per lui sarebbe compromessa "tutta la torta" (non avrebbe altre ragioni di vita).
- A causa dei rinforzi intermittenti (riesce ad evitare il disvelamento definitivo della propria incapacità; riceve complimenti) permane nel pz. la speranza di far parte, un giorno, dei "fighi" o quanto meno di poter evitare l'esposizione al pubblico ludibrio e/o di doversi poi rassegnare ad essere un diverso, difettato ed inferiore (rinforzo dello stato intenzionale iper-prudente).
- Problema secondario: il provare ansia e imbarazzo fa sì che il paziente si valuti fragile, strambo, malato e ciò rende ai suoi occhi più probabile la minaccia ("non ce la faccio a reggere la pressione, starò sempre in ansia" → tristezza, umore deflesso) così come gli evitamenti rinforzano l'idea di essere un vigliacco, uno che non ha capacità, che non riesce ad affrontare la vita.
- Il perfezionismo nelle performance abbassa la soglia di errore rendendolo più probabile e/o più facilmente percepibile.
- Dato l'iper-investimento nella prevenzione della minaccia il soggetto non ha investito su altri scopi e, dunque, non percepisce come dei costi così rilevanti quelli conseguenti all'investimento nella protezione e, pertanto, questi (i costi) non risultano in grado di disincentivare l'atteggiamento difensivo. Inoltre il soggetto non percepisce come abbastanza onerosi i costi che sta pagando e che pagherà in futuro in quanto i vantaggi (evitamento del danno) sono immediati e certi mentre i costi sono incerti e distanti nel tempo (futuri) e ritiene, anzi, che sia giusto e necessario continuare a investire le proprie energie sullo stesso scopo.

- Nonostante i costi, C è rinforzato dal fatto che il paziente riesce ad evitare la compromissione totale dello scopo e, dunque, l'eventualità temuta rimane ignota rispetto alle sue implicazioni: l'eventualità focalizzata è solo connotata come una cosa tremenda ma non è rappresentato un dopo in maniera concreta. Lo scenario temuto, dunque, mantiene la sua drammaticità anche per il fatto che Andrea non ha mai appreso ad affrontarla (è stata solo elusa → non ha mai sviluppato abilità, come assertività ed ironia, per fronteggiare critiche ed umiliazioni: le vede come eventi incoercibili da subire passivamente).
- L'interlocutore è visto solo come un potenziale "aggressore", "giudice severo" o come un possibile "oggetto affettivo" o "giudice buono" (qualcuno che mi voglia bene e mi consideri con rispetto e stima): l'altro, dunque, non è considerato mai nella sua soggettività e complessità, il paziente difetta di complessità cognitiva rispetto alle intenzioni e atteggiamenti altrui, tende bensì a leggerli in funzione della sola ipotesi focale → conferme sistematiche della minaccia anticipata in B. L'interlocutore, inoltre, ha facilmente la sensazione che Andrea sia competitivo, poco sensibile nei suoi confronti o chiuso in se stesso → ne deriva frequentemente un rapporto freddo, poco rilassato e "a distanza". Tale condizione rinfocola l'idea del pz. di essere spesso considerato un indesiderabile, marginale e subordinato rispetto ad altri coetanei più popolari e ricercati.

Scopo compromesso

A/SD (occasioni)	B	C
Critiche dei colleghi	Hanno ragione gli altri	Depressione
Critiche dei familiari	Sono fragile, difettato, sbagliato, un bamboccio mammone, non so farmi valere.	Colpa/Rabbia autoaccusatoria
Dopo brutte figure (percepite), umiliazioni, sue reazioni emotive da lui giudicate come esagerate	Non sono responsabile, sono un vagabondo, uno scansafatiche, un perversito, non merito di star bene, merito di star male e di essere punito	Autosvalutazione
Quando percepisce di mostrarsi agli altri troppo timido, silenzioso, impacciato	Non sono interessante, non ho interessi, non ho ambizioni, aspettative, progetti per il futuro.	Ruminazioni solitarie
Dopo condotte "compulsive" (masturbazione, chat erotica, autolesionismo)	La mia famiglia è un disastro	Autolesionismo
A casa durante le frequenti ruminazioni solitarie	Non potrò mai avere una vita normale, Non mi sento in grado di far niente, proverò sempre solo ansia, paura e angoscia	Abulia
	Non valgo niente per nessuno	Lunghe dormite
		Isolamento
		Masturbazione

Meccanismi di mantenimento di C per il tramite di B:

- *Mood congruity effect*: lo stato emotivo caratterizzato da tristezza, colpa fa sì che il paziente si

- focalizzi su dati e segnali coerenti con esso; la mente del paziente è occupata da immagini, pensieri, fantasie di perdita, fallimento, autosvalutazione che vanno ad alimentare i B depressogeni
- Memoria selettiva: i ricordi si sintonizzano sulla stessa lunghezza d'onda dello stato emotivo e prendono la forma di eventi passati legati alla perdita dello scopo in ballo (critiche, umiliazioni, brutte figure)
 - *Confirmation bias*: prende in esame solo dati che confermano l'ipotesi di compromissione dello scopo non cercando controprove o dandogli poco credito e interpreta i segnali esterni come conferme dell'ipotesi temuta → “se la mia ragazza chatta con il mio migliore amico allora preferisce stare con lui, lui è più interessante di me e io non valgo nulla”.
 - Euristiche di disponibilità : ruminare senza soluzione di continuità sulla sua difettosità, stramberia, bamboccioneria rende questi pensieri più disponibili e glieli fa percepire alla stregua di dati reali.
 - *Affect as information*: l'umore depresso fa sì che Andrea innalzi gli standard di valutazione delle proprie performance e di come dovrebbe essere, il non rispettarli lo porta a criticarsi, svalutarsi, autocommiserarsi, deprimersi ancora di più (circolo vizioso di mantenimento).
 - Problema secondario: valutazione sulla sua condizione di depresso → “ma lo vedi come sto? allora è vero che sono fragile, strano, malato, un depresso senza speranza”.
 - Circoli viziosi interpersonali: gli altri (familiari, ragazza, amici) lo “criticano” per il fatto di stare sempre in casa, senza fare niente e di isolarsi.
 - Rimanendo in casa, da solo evita di subire ulteriori batoste rispetto allo scopo in gioco e si tiene viva la speranza di riscatto e, dunque, l'investimento sul rango come unica via di ottenimento del valore personale.
 - I comportamenti che mette in atto per gestire lo stato emotivo (masturbazione, tagliarsi, dormire, chattare) vengono valutati negativamente dal paziente stesso → sono malato di mente, un perverso, un irrecuperabile depresso, queste valutazioni vanno a confermare e rinforzare i B depressogeni. Allo stesso tempo sono gli unici modi che ha trovato per gestire stati emotivi percepiti come intollerabili (punirsi tagliandosi lenisce la colpa, dormire o chattare blocca le ruminazioni, masturbarsi, a breve termine, riduce angoscia e ruminazioni). L'isolamento stesso finisce col confermarci l'idea di sé di sfigato, reietto, diverso (non fa esperienze che disconfermano l'ipotesi focale e si vede solo, emarginato, senza speranza) e col fargli percepire

la risalita come più difficile così come l'abulia e le lunghe dormite vanno a rinforzare pensieri come "sono un vagabondo, uno scansafatiche, uno che non ha voglia di far niente e che quindi non si merita niente". Le lunghe ruminazioni solitarie fanno sì che non prenda mai in considerazione ipotesi e scenari alternativi e anzi finiscono col rinforzare l'ipotesi focale.

- Il paziente alterna momenti di disperazione ("non avrò mai una vita normale" → rassegnazione con diminutio) a momenti di rabbia verso sé stesso ("sono un vagabondo, scansafatiche, non mi merito niente") → non accetta in maniera definitiva la possibile compromissione dello scopo: né si rassegna in maniera definitiva, né, tanto meno, investe su altro, piuttosto nutre ancora la speranza di una risalita (oscilla continuamente fra illusione e delusione).

Scompenso

Da quanto riferito dal paziente nel corso delle prime sedute, appare significativo, in termini di scompenso, l'esordio del "problema del bagno" risalente ai 17 anni di età: "fino ai 16-17 anni stavo bene, uscivo spesso, avevo diversi amici e alcune ragazze che mi venivano dietro... poi è comparso il problema del bagno: una sera ero in un locale con amici e amiche, ero mezzo ubriaco, vado in bagno e, essendo teso e imbarazzato per le scarse dimensioni del mio pene, non mi esce niente, ho pensato: eccoci, ci siamo!!! Me lo sentivo che doveva succedere qualcosa, ecco che emerge tutta la mia fragilità... mi sono considerato sbagliato, diverso...dopo ho iniziato ad aver problemi a uscire visto che non potevo star fuori troppo a lungo, bere e divertirmi tranquillamente, ero sempre preoccupato di non riuscire ad urinare nei bagni pubblici e di ritrovarmi per questo in situazioni imbarazzanti, ho iniziato a pensare che non avrei potuto avere una vita normale, divertirmi, avere relazioni sociali, una vita sentimentale, avere delle ragazze. Il palesarsi del "problema del bagno" avviene in un periodo della vita di Andrea che lui stesso descrive e valuta in termini positivi ("forse il periodo più felice della mia vita") e viene letto dal paziente da due prospettive diverse:

- come un'importante prova, una conferma rispetto a una sua presunta fragilità, diversità dagli altri, un suo essere sbagliato e difettato (mancante di poteri basici)
- come una sorta di avvertimento del proprio inconscio del tipo "hai preso una strada sbagliata, non ti stai comportando bene, ti stai dando al vizio e alla dissoluzione e quindi ti devi dare una regolata!"

Da quel giorno il paziente riduce drasticamente la propria vita sociale, evita di andare alle feste, di fare viaggi, di fare lunghe uscite (quando esce torna a casa dopo poche ore), inizia ad isolarsi e a dedicarsi quasi completamente allo studio e alla musica.

All'evento, esperienza già di per sé dipinta dal paziente come traumatica, fa seguito un

peregrinare di Andrea da un medico all'altro alla ricerca delle cause e della soluzione del problema ma senza risultati concreti (il problema non viene normalizzato, si rinforzano le credenze di fragilità, difettosità, stranezza e permangono evitamenti e ritiro sociale). A cavallo fra il 2005 e il 2006 il paziente si rivolge ad un urologo che attraverso esami obiettivi esclude la presenza di cause organiche all'origine del problema, rintracciandone l'eziologia invece in aspetti di ordine psicologico/emotivo (legati alle dimensioni del pene) e indicando come possibile cura l'assunzione di paroxetina, la cura però non porta miglioramenti tangibili e Andrea si rivolge ad un medico generico amico di famiglia. Dal racconto del paziente vediamo come gli esami del medico finiscono per rinforzare alcune convinzioni disfunzionali (esistono due categorie di persone: figli vs sfigati; se ho avuto un pessimo padre allora non posso essere come gli altri) e per sensibilizzarlo ulteriormente rispetto al timore di essere diverso/difettato: "mi ricordo che il dottore mi disse che si trattava di un problema di tensione, ansia, un problema psicologico tipico di un secchione, sfigato e preso di mira dagli altri (appartieni a questa categoria di persone e non ci puoi far niente), che ero malato di mente e che mi dovevo curare urgentemente, che i miei problemi psicologici derivavano dall'aver avuto un pessimo padre e dall'essere stato cresciuto male; in più mi disse che avevo il pene troppo piccolo, più piccolo degli altri ragazzi a causa del frenulo che, troppo corto, ne aveva impedito la crescita...avevo sempre avuto la sindrome da spogliatoio ma queste parole mi confermarono ancora di più la mia inferiorità".

Nel 2006 inizia la cura a base di sertralina e la psicoterapia con l'attuale psichiatra curante. Il "problema del bagno" si attenua, Andrea limita la propria vita sociale ("dovevo avere poca vita sociale e non avere ragazze") e investe molte energie sull'università dove ottiene dei buoni risultati (scopo studente modello) e si laurea nel 2008 con 106/110.

Un successivo scompenso che porta Andrea a ricontattare lo psichiatra e ad iniziare il percorso di psicoterapia con il sottoscritto si registra, sempre secondo le narrazioni del paziente, fra aprile e settembre del 2009, periodo quest'ultimo in cui si riacutizza il problema del bagno e iniziano a manifestarsi difficoltà di concentrazione e mnemoniche, attacchi di panico, confusione mentale, ansia persistente e generalizzata. È in particolare la relazione con la ragazza ad essere indicata dal paziente come problematica: "ci siamo messi insieme ad aprile, fino a settembre le cose sono andate piuttosto bene poi con l'inizio delle lezioni sono arrivati i problemi: ansia, difficoltà di concentrazione, confusione mentale, attacchi di panico, è ricomparso il problema del bagno...non riuscivo più a studiare e a seguire le lezioni...con la mia ragazza il problema consisteva nel fatto che lei era più grande, espansiva, sicura di sé, mi confrontavo molto su questo e mi veniva l'ansia, i momenti in cui ero me stesso erano pochi...lei usciva di più, era diventata per me una vera e propria

ossessione, avevo l'ossessione che lei andasse a letto con tutti, in particolare con il mio migliore amico". La prima vera relazione sentimentale di Andrea con una ragazza ha come conseguenza il fatto che il paziente inizi a percepirsi costantemente esposto alla minaccia di dimostrarsi (agli altri e a sé stesso) come inferiore, non all'altezza, difettato e di ricevere per questo una pesante umiliazione (tradito a più riprese, ingannato, usato). Il focalizzarsi continuamente sull'ipotesi temuta, l'operare continui confronti fra sé e la ragazza, il persistente pensare a suoi possibili tradimenti alzano il livello di ansia baseline, assorbono gran parte delle energie mentali del paziente e vanno ad ostacolare il percorso universitario (non riesce più a studiare e dare esami), andando quindi ad intaccare la fonte principale di soddisfazione dello scopo di "essere un individuo capace e dotato" (costi pagati percepiti come troppo alti → lascia la ragazza e chiede di nuovo aiuto allo psichiatra).

Nello stesso periodo un altro evento sembrerebbe aver perturbato ulteriormente l'equilibrio già precario del paziente: il padre a luglio è costretto a chiudere la propria bottega artigiana, le condizioni economiche familiari non sono buone e inizia a prospettarsi in maniera concreta l'ipotesi per Andrea di dover iniziare a lavorare.

Vulnerabilità

Dalle narrazioni del paziente relative alla propria storia di vita è stato possibile rintracciare alcuni fattori di vulnerabilità, apprendimenti ed eventi sensibilizzanti che è lecito ipotizzare come aspetti predisponenti il manifestarsi dei problemi attuali.

Vulnerabilità storica

Ansia da separazione → "ero un bambino pauroso, fifone, non volevo andare all'asilo e nemmeno in piscina... mia madre mi diceva che non volevo andare all'asilo perché gli altri bambini mi davano noia (altri che danneggiano + io fragile)".

Sin da quando era un bambino, in famiglia si verificavano frequenti, improvvise e apparentemente immotivate esplosioni di rabbia del padre che costringevano sua madre a rinchiudersi con Andrea in camera anche per intere giornate; si può ipotizzare, da quanto riferito da Andrea, che questi episodi reiterati abbiano avuto come conseguenze sul paziente:

- percezione di avere una famiglia strana, diversa da quella degli altri bambini, di non avere un padre normale, di essere perciò diverso dagli altri coetanei
- avversione per reazioni emotive intense e improvvise (Andrea si impaurisce molto e la madre svaluta e critica il comportamento del padre)

- impotenza appresa e passività di fronte agli attacchi degli altri

Durante le litigate dei genitori si verificano frequenti episodi di enuresi (“tremavo dalla paura e me la facevo addosso”) che è lecito ipotizzare possano aver contribuito a sviluppare l’idea del paziente di essere fragile e averlo sensibilizzato in termini aversivi alla perdita di controllo.

Il paziente descrive la madre come una donna molto ansiosa e iperprotettiva che ha sempre avuto la tendenza a limitare l’esplorazioni autonome del figlio (scarse occasioni per determinarsi autonomamente nel mondo) e a fargli percepire la realtà esterna come pericolosa e le altre persone come potenzialmente cattive (focus su minacce).

Sempre a proposito della madre, Andrea riporta: “...ha sempre avuto in testa il mito del bambino d’oro, mi ha sempre voluto come il meglio di tutti, il bambino eccezionale, bravissimo a scuola, educato...poi magari mi svalutava per piccole cose”, grande attenzione viene quindi riposta sulle performance (ricerca della perfezione), sui risultati (standard alti), sul confronto con gli altri (essere più bravo degli altri bambini), sull’irreprensibilità del comportamento, mentre vengono messi in secondo piano altri aspetti legati alla soggettività del bambino (gusti, pensieri e predilezioni). Andrea apprende l’importanza di riuscire bene nei propri compiti, non commettere errori, di non ricevere critiche dalle figure significative (genitori, insegnanti), di essere un bravo studente (“se vai bene a scuola gli altri ti stimano”) e un bravo bambino (i bambini cattivi vengono stigmatizzati dalla madre come scansafatiche, vagabondi o maleducati). Sempre in famiglia il sesso viene trattato come un vero e proprio tabù, considerato come una cosa sporca, peccaminosa e perversa: Andrea interiorizza queste valutazioni e vive poi da adulto le sue pulsioni sessuali come indice di perversione e di malattia.

Durante il periodo delle scuole elementari il paziente viene preso in giro in maniera piuttosto sistematica dai coetanei per il suo aspetto (“mia madre mi vestiva e mi pettinava in maniera buffa e gli altri bambini mi prendevano in giro”), inizia a sensibilizzarsi rispetto alla possibilità di subire umiliazioni dai pari e non sviluppa abilità di difesa (subisce passivamente¹). Sempre all’elementari esperisce stati di forte ansia allorché viene “incalzato e messo sotto pressione dalla maestra”, stati connotati da sensazione di perdita di controllo delle proprie capacità mentali (“non riesco a capire quello che mi diceva”) e del proprio corpo (“una volta andai così tanto in ansia che ebbi un orgasmo”), questi episodi vanno ad alimentare la percezione del paziente di essere emotivamente fragile, difettato. Situazioni simili (performance davanti ad un’ autorità) evocano ora preoccupazioni

¹ È legittimo ipotizzare che la passività di Andrea nel ricevere prese in giro e umiliazioni dei compagni sia frutto, oltre che di uno stile educativo genitoriale molto centrato sul concetto del bambino buono e obbediente, di un temperamento mite e introverso

identiche.

In adolescenza viene preso in giro dai compagni per le scarse dimensioni del pene: “avevo sviluppato una vera e propria sindrome da spogliatoio...mi confrontavo con gli altri e mi sentivo handicappato, inferiore, inadeguato sessualmente, ho iniziato a pensare di non poter aver una vita sessuale e sentimentale come gli altri”. Il non riuscire ad avere successo con le ragazze gli conferma le credenze di diversità ed inadeguatezza.

Vulnerabilità attuale

Scarsa accettazione in famiglia dei problemi psicologici di Andrea, credenza diffusa che chi va dallo psichiatra e/o psicologo sia matto, difettato, pericoloso, un emarginato.

Rete sociale ed amicale povera.

Assegnazione di nuove mansioni a lavoro, più complicate e delicate (maggiori responsabilità).

Contratto e scopi del trattamento

Dopo le prime 4-5 sedute di assessment individuale, stabilisco insieme al paziente modalità e cadenza delle sedute (sedute di un'ora, cadenza settimanale) e concordiamo gli obiettivi da raggiungere:

- Ridurre la propria sofferenza emotiva: ridurre frequenza, intensità, durata degli stati descritti come maggiormente problematici (ansiosi e depressivi)
- Nell'eventualità probabile di trovare un lavoro: tollerare l'ansia elicitata da questa eventualità, il confronto con gli altri e la possibilità di fare brutte figure a lavoro; riuscire ad andare a lavorare con continuità e con ansia minore.

Obiettivi impliciti:

- Stabilire una buona alleanza terapeutica, creare un setting terapeutico in cui non si senta giudicato, sminuito, svalutato o in competizione → validazione e legittimazione dei suoi vissuti e delle sue condotte, condivisione di un modello di funzionamento dei problemi clinici presentati.
- Normalizzare i fenomeni psicologici presentati e ridurre il problema secondario → formulazione del caso; sostituzione delle credenze naive con una teoria della sofferenza osservabile e gestibile da parte del paziente; psicoeducazione; ricostruzione storia di vita e fattori di scampo; defusione sui pensieri di autosvalutazione.
- Svuotare il calderone delle situazioni attivanti (A) → ridurre attenzione selettiva ed iperfocalizzata su specifici segnali di minaccia (punire attenzione selettiva + incoraggiare attenzione ad altri segnali); favorire una più attenta discriminazione degli A (punizione

visione a tunnel + induzione di dissonanza cognitiva + promuovere la formulazione di altre ipotesi).

- Ristrutturazione cognitiva rispetto alle valutazioni di minaccia e compromissione dello scopo iper-investito → rimodulazione della percezione di probabilità, gravità, imminenza della minaccia e/o compromissione dello scopo (tecniche di debiasing, rassicurazione).
- Rendere il paziente più consapevole degli eventi sensibilizzanti e stabilizzanti (storia di sviluppo) gli scopi strumentali e i valori da lui perseguiti per ottenere autostima, così da favorire il distanziamento critico da essi.
- Ridurre automaticità e legame di necessità fra valutazione di minaccia/compromissione e condotte (riconoscimento schemi maladattivi precoci e relative strategie di coping, tecniche della mindfulness e della ACT); contrasto dell'affect as information; costruzione condotte alternative (accettazione esperienziale, training su assertività e ironia).
- Ridurre il coefficiente di valore attribuito al bisogno di essere stimato e apprezzato (rango) come fonte privilegiata di valore personale → riduzione dell'attendibilità della fonte; disputa sul piano logico ed etico dell'ineludibilità di tale scopo (distinzione tra essere e apparire, visione critica del bisogno di apparire); punizione vicariata delle strategie "competitiva" e "dipendente dagli altri" per ottenere autostima.
- Arricchire vie strumentali (valori e scopi) funzionali all'autostima → introdurre criteri di autostima più internalizzati e definiti in positivo (es.: qualità e virtù da acquisire, valori da perseguire) → arricchire i costrutti definitivi del sé ideale per svincolarlo almeno in parte dalla necessità di ottenere rango e apprezzamento (es.: aggiungere criteri di auto-valutazione più maturi connessi con l'essere una persona matura, responsabile, cooperativa, attenta alle sensibilità altrui, ossia, un adulto collaborativo di un "branco" e non più un adolescente competitivo e preoccupato solo della buona immagine); promuovere nel paziente l'impegno in comportamenti orientati dai propri valori e il giudicare i propri comportamenti sulla base di tali criteri interni (maggiore internalizzazione dei criteri di valutazione di sé); metafora del genitore disfunzionale/sé adulto/sé bambino e promozione del sé adulto funzionale.
- Modificare le gerarchie di Valori e Scoppi strumentali funzionali all'autostima rendendo più accettabile l'eventualità di constatare la sua inadeguatezza e/o di essere umiliato (disprezzo freddo) → decatastrofizzazione dello scenario temuto tramite costruzione dell'ombra (cosa viene dopo? come vivi?); desensibilizzazione emotiva ad esperienze emotive (umiliazione, invalidazione, disprezzo) mediate dall'amigdala (esposizione tramite immaginazione e

Imagery with Rescripting).

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento

Il paziente già dalla prima seduta appare fortemente allarmato rispetto a quanto gli sta succedendo, si percepisce sull'orlo di una catastrofe, si sente impotente rispetto a questo e riporta un grado di sofferenza molto elevato (in termini di intensità, durata e frequenza dei sintomi).

Tramite la compilazione di ABC sia in seduta che come homework è stato possibile ricostruire e condividere con il paziente una prima formulazione del caso e ciò al fine di:

- stabilire una buona alleanza terapeutica
- offrire al paziente una spiegazione attendibile del funzionamento dei problemi presentati (cause, funzioni, meccanismi di mantenimento), andando così a sostituire le credenze naive con una teoria della sofferenza osservabile e gestibile da parte del paziente (C come comportamenti/stati emotivi aventi una funzione e regolati da scopi e credenze e non come sintomo di stranezza o debolezza), riuscendo così a normalizzare i fenomeni psicologici
- Iniziare a ridurre il problema secondario (valutazioni come: sono matto, sono diverso dagli altri, sono fragile → importanti fattori di mantenimento e di esacerbazione dei problemi presentati)

Le sedute successive sono state per lo più caratterizzate da un lavoro di psicoeducazione centrato essenzialmente sul riconoscimento delle proprie emozioni, della loro funzione di segnale rispetto al raggiungimento di scopi, e sul riconoscimento delle relative strategie disfunzionali di coping. Abbiamo inoltre ricostruito storia di vita e analizzato i fattori scompensanti per chiarire origini e cause dei disturbi, sempre al fine di normalizzare i fenomeni psicologici presentati e abbassarne il gradiente di intollerabilità (ulteriore riduzione del problema secondario) e, parimenti, rendere il paziente più consapevole degli eventi sensibilizzanti e stabilizzanti (storia di sviluppo) gli scopi strumentali e i valori da lui perseguiti al fine di ottenere autostima, così da favorirne il distanziamento critico da essi. Il paziente si è dimostrato molto ricettivo e collaborativo, adottando in breve tempo il modello proposto. Anche a livello sintomatologico si è verificata una prima significativa riduzione per quanto riguarda frequenza, intensità, durata di inquietudine, agitazione psicomotoria e di alcune condotte problematiche (autolesionismo in primis → non si sono più verificati episodi; masturbazione; riduzione ricorso ad evitamenti; attenuazione del problema del bagno).

Successivamente il focus dell'intervento si è spostato sul ridurre la tendenza rigida del paziente a leggere le situazioni come minacciose (eccessiva generalizzazione degli A potenzialmente

minacciosi). Al fine di favorire nel paziente una più attenta capacità di discriminazione delle situazioni attivanti, sono andato a:

- “punire” l’attenzione selettiva (controcondizionamento, induzione di dissonanza cognitiva) incoraggiando l’attenzione a segnali alternativi non presi in considerazione dal paziente
- ridurre la tendenza automatica del soggetto a mettere in relazione specifici segnali con particolari valutazioni di minaccia, promessa o compromissione di scopi: sia contrastando l’iperfocalizzazione su un’unica ipotesi focale (tramite controcondizionamento e induzione di dissonanza cognitiva) e incoraggiando la formulazione di più ipotesi alternative rispetto agli A (es.: “se l’altro mi prende in giro allora mi vuole umiliare e sottomettere e io sono uno sfigato” ipotesi alternativa: “l’altro mi prende in giro perché è un suo modo di fare e lo fa con tutti, forse anche lui è insicuro”); sia punendo la tendenza a leggere in maniera autocentrata gli eventi e stimolando una visione delle altre persone più complessa (individui caratterizzati da scopi, vissuti, emozioni, sentimenti e non solo potenziali aggressori o potenziali ammiratori), ciò al fine di contrastare la “autarchia cognitiva” del paziente, ossia la tendenza a prendere come buone le proprie sensazioni, i propri pensieri, le proprie valutazioni e passare subito alle conclusioni e all’attuazione di C collegati con queste; ridurre quindi gli automatismi e i legami di necessità fra A, B e C.

Nelle sedute successive mi sono posto come obiettivo quello di rimodulare la percezione del paziente di gravità, intollerabilità, inaccettabilità dell’eventuale compromissione dello scopo (“non essere un diverso, sfigato, incapace...”) e la valutazione di necessità, inalienabilità dello stesso → ridurre la percezione di essere sull’orlo di una catastrofe, lo stato intenzionale iperprudenziale e la necessità di proteggersi (modifica delle gerarchie di Valori e Scopi strumentali funzionali all’autostima) ciò al fine di fargli abbassare la guardia, disinvestire le proprie energie dall’anti-goal in questione per poi investire in scopi definiti secondo valori da lui interiorizzati. Per far ciò mi sono mosso lungo più direzioni:

- in primis ho cercato di contrastarne o quanto meno di metterne in discussione la desiderabilità (riduzione del coefficiente di valore) e la necessità connotando negativamente il valore “essere migliore degli altri, avere più degli altri” (come valore diffuso nella nostra società ma non valore universale anzi segnale di crisi di valori della società occidentale) e dando alla distinzione figo/sfigato la stessa connotazione negativa di altre distinzioni aprioristiche e velate di razzismo e di pregiudizi (italiano/extracomunitario, cattolico/musulmano/ebreo, bianco/negro);

- in seconda battuta sono andato a definire meglio con il paziente lo scenario temuto, ossia il “dopo compromissione dello scopo”, cercando di farlo decentrare dalla visione “fine del mondo”, catastrofe incoercibile e soverchiante e farlo razionalizzare relativamente a cosa di concreto cambierebbe nella sua vita. Ciò al fine di rendere meno aversivo lo scenario temuto e di ridurre il coefficiente di drammaticità.
- Attraverso esposizioni tramite immaginazione e tecniche ACT (defusion e accettazione esperienziale) mi sono focalizzato sul desensibilizzare Andrea rispetto a situazioni fortemente emotigene (umiliazione, invalidazione, disprezzo); in particolare ho battuto molto sul tasto del tollerare e accettare le esperienze interne negative (ansia, reazioni di allarme), sul non ascoltarle, non prenderle come segnale di minaccia e non fare niente per modificarle, ciò al fine di interrompere i circoli viziosi di mantenimento mantenuti dall’evitamento esperienziale e produrre l’estinzione dei C problematici.

Nelle sedute successive sono andato a minare la percezione (del paziente) di necessità della messa in atto delle condotte (interne ed esterne) nelle varie situazioni problematiche riportate e ad arricchire il repertorio comportamentale del paziente nelle stesse:

- attraverso un’analisi di costi e benefici delle strategie di coping messe di volta in volta in atto, ne ho messo in luce inutilità e dannosità a lungo termine, questo al fine di ridurre la percezione che queste siano in grado di garantire il raggiungimento dello scopo.
- al fine di sviluppare un maggior controllo dei propri comportamenti disfunzionali, ho educato e motivato il paziente al riconoscimento dei propri schemi maladattivi precoci (ad es. schema di inadeguatezza/vergogna secondo il modello di Young) e delle relative strategie di coping disfunzionale, in modo da ridurre l’automatismo della risposta (riconosco lo schema e non metto subito in atto la condotta tipica), e ne ho promosso la messa in atto di strategie di coping più funzionale (metafora genitore disfunzionale, adulto funzionale, bambino)
- tramite training su assertività e ironia ho addestrato il paziente a diverse e più funzionali modalità di gestione delle situazioni temute

Nelle sedute più recenti mi sono mosso in direzione di:

- promuovere nel paziente l’impegno in comportamenti orientati dai propri valori e il giudicare i propri comportamenti sulla base di tali criteri interni; ciò allo scopo di promuovere criteri di autostima più internalizzati e definiti in positivo
- riabilitare, tramite l’Imagery with Rescripting, il paziente rispetto ad esperienze emotive

grossolane e automatiche (mediate dall'amigdala).

Valutazione di Esito

Risultati raggiunti:

- Estinzione del problema del bagno
- Estinzione gesti autolesivi e masturbazione compulsiva
- Innalzamento generale del tono dell'umore.
- L'ansia che all'inizio del trattamento aveva caratteri di pervasività (inquietudine costante) si limita a certe situazioni sociali temute (in mezzo a persone non conosciute, parlare con una ragazza carina, nei locali frequentati da coetanei) e ha caratteri di minore intensità
- Riduzione evitamenti: Andrea trova un lavoro, lo mantiene, tollera sempre di più le difficoltà incontrate nell'esporsi al giudizio di colleghi e superiori, attualmente vive le giornate lavorative provando livelli d'ansia molto meno intensi, gli episodi di ansia più marcata sono poco frequenti e si limitano a situazioni in cui il paziente si sente esposto al giudizio dei superiori
- Primo, parziale, distanziamento critico dai valori e scopi strumentali perseguiti per ottenere orgoglio di sé (essere figo, competere con gli altri) e contatto con valori interni.
- Anassertività meno marcata, pur avendo la tendenza all'acquiescenza e alla passività si dimostra più assertivo e attivo nei processi comunicativi.

Permangono una marcata sensibilità a rifiuto, critiche, umiliazioni e una visione di sé di difettato, sfigato, brutto che lo portano a mettere, ancora con una discreta frequenza, in atto evitamenti alle esposizioni sociali o a vivere tali occasioni con ansia e preoccupazione.

La tendenza al ritiro sociale ne limita la possibilità di conoscere e frequentare altre persone (ragazze in primis con conseguenze negative sull'autostima), impegnarsi in attività ricreative piacevoli e ne impoverisce la rete sociale. Ciò determina in certi momenti un tono dell'umore piuttosto basso e altri sintomi depressivi (abulia e apatia).

Enrico Stea

Specializzato a Grosseto, training A.Gagnani – R. Capo

e-mail: enricostea@hotmail.com

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

