

## Disturbo Borderline di Personalità con tratti narcisisti

Giulia Paradisi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Grosseto (SPC)

### *Riassunto*

Il presente lavoro descrive un caso di Disturbo Borderline di Personalità con tratti narcisisti. Particolare attenzione è stata data alla ricostruzione del complesso funzionamento scopistico della paziente e ai meccanismi di mantenimento del disturbo, nonché alle relative difficoltà incontrate nel trattamento psicoterapico.

### *Summary*

The present work describes a case of Borderline Personality Disorder with narcissistic traits. A particular attention was given to the reconstruction of the complex functioning of patient's purposes and to maintenance mechanisms of the disorder, as well as to the relative difficulties related to psychotherapeutic treatment.

### **Presentazione**

M. è una donna di 37 anni, abita in una città del centro Italia ed è iscritta all'università nella città in cui vive. Non ha legami sentimentali e non lavora. Ha una sorella minore. La madre, che soffriva di gravi problemi psichiatrici, è deceduta un anno fa e il padre abita in altra città. M. si dedica alla scrittura di romanzi e, non percependo alcuno stipendio, viene mantenuta economicamente dal padre. M. si rivolge al Servizio di Salute Mentale e riceve una diagnosi di "Disturbo ciclotimico", in comorbidità con DAG e DAP con agorafobia. Inizia una terapia di gruppo per il trattamento dell'ansia, interrompendone precocemente la frequentazione. Inizio a seguirla all'interno del servizio con sedute individuali settimanali per un paio di mesi. Terminato il ciclo di sedute psicoterapiche, dopo qualche mese M. decide di riprendere la terapia in ambito privato.

Quando M. chiede di poter iniziare una terapia individuale privatamente, manifesta l'esigenza di lavorare su quello che lei stessa chiama "un problema di autostima": "Sono insicura, mi giudico

sempre negativamente, non ho il coraggio di fare ciò che voglio nella vita.. non mi sento all'altezza di niente... anche nella scrittura mi servirebbe il coraggio di propormi e invece mi faccio sempre troppi problemi e questo mi impedisce di fare qualsiasi cosa!". Riferisce di convivere con questo problema da circa dieci anni e si descrive come una persona molto diversa rispetto al passato: "Prima mi facevo meno problemi, mi buttavo in qualsiasi esperienza mi capitasse, niente mi spaventava!". Arriva in terapia durante un periodo di intensa tristezza con toni rabbiosi, a seguito di un progetto non andato a buon fine con il professore di tesi, il quale le aveva fatto una proposta di dottorato di ricerca mai concretizzatosi: "L'ho percepito come una immensa svalutazione. L'ultima roccaforte della mia identità è venuta a cadere. Credo di non averlo ammesso subito con me stessa, ma è stato quello il colpo di grazia". M. attualmente riferisce di volersi mantenere economicamente attraverso la scrittura di romanzi, possibilmente trasferendosi all'estero, e avere una relazione sentimentale stabile, ma la realizzazione di questi obiettivi è ostacolata, secondo la ricostruzione interpretativa della pz, da una forte paura della critica e del rifiuto che le impedisce sia di iniziare/portare a termine progetti, sia di avere una vita sociale appagante: "Fuggo sempre da tutti per paura che possano criticarmi per come sono..se qualcuno mi critica oppure non mi saluta o mi ignora mi sento una schifezza e penso che tutto il mondo ce l'abbia con me! E' terribile come mi sento in quei momenti!". La pz riferisce che questa paura è molto forte in ambito relazionale: dice di provare spesso umiliazione e vergogna e di sentirsi "fantozziana, peggio del brutto anatroccolo, una schifezza, lo scarto dell'umanità". Una strategia impiegata dalla pz per fronteggiare la vergogna all'interno della relazione, onde evitare di sentirsi una "sfigata" agli occhi degli altri (lo zimbello del gruppo) è l'utilizzo di alcol, che può arrivare anche all'abuso. Quando si ritrova in questo stato (vergogna e umiliazione), possono comparire idee suicidarie e stati interni di vuoto. Solitamente in questa fase chiede l'aiuto di qualcuno che lei reputa di fiducia (sorella, amica 'del cuore', terapeuta), mostrandosi completamente in preda al panico, come se stesse "sull'orlo del precipizio", incapace di trovare una soluzione anche parziale o temporanea a quello stato che vive. In una telefonata mi dice: "Mi sento confusa da stamattina, distante da tutto. Tutto sfugge e si allontana da me. E' tutto sfocato..sconnesso.. mi sembra che niente sia vero..è come se fossi ubriaca.. voglio morire..mi sembra che la mia vita non abbia un senso..mi odio tanto, la mia esistenza è inutile!". Compiono anche gesti autolesivi (fin dall'età di otto anni si provoca tagli e bruciate a braccia, gambe, seno e traumi agli arti come ad es. chiudersi le dita nei cassetti) nei momenti in cui prova noia, vuoto, inquietudine e attraverso i quali la pz sostiene di trarre non solo sollievo, ma anche piacere fisico ed eccitazione sessuale: "In quei momenti è come se volessi sfogarmi e nel momento in cui lo faccio sento rilasciare tutta la tensione, come succede durante l'orgasmo". Oltre ai vissuti

di vergogna e di umiliazione, la pz esprime frequentemente rabbia all'interno della relazione quando ha l'impressione di essere non compresa perfettamente; questo si esprime con un atteggiamento di maggiore sospettosità ma anche attraverso comportamenti di aggressività e/o di svalutazione a livello verbale nei confronti dell'interlocutore; questa è la risposta della pz ad un mio tentativo di capire meglio un suo stato mentale attraverso delle domande in seduta: "Sento di non essere capita da nessuno... nessun terapeuta finora ha capito come sono fatta..nessuno mi può aiutare..anche lei stai dicendo che sono sbagliata! Non capisce la mia sofferenza!". Le reazioni rabbiose e sprezzanti della pz costituiscono un aspetto problematico di non poco conto, poiché la portano a troncarsi facilmente (e anche per motivi banali) relazioni e contatti, alimentando un isolamento di cui poi la pz stessa riferisce di soffrire. Dai racconti della pz emergono evidenti oscillazioni tra fantasie di relazioni sentimentali in cui viene dominata, accudita in modo incondizionato, in cui si sente completamente dipendente dall'altro e legami in cui la priorità riguarda l'esistenza di spazi personali di autonomia che le consentano di realizzarsi artisticamente e di essere indipendente, esprimendo non solo il forte timore di essere soggiogata, condizionata e manipolata dall'altro, ma anche il disprezzo verso gli uomini in generale. Una forte instabilità è presente anche nell'immagine che la pz ha di sé, degli altri e del mondo; M. si descrive come una persona divisa in due, come se avesse due differenti personalità: una "ribelle, passionale, arrogante, estroversa, snob, sicura di sé" e un'altra "buona, insicura, sensibile, vulnerabile, pessimista, introversa, riflessiva" e anche la valutazione sugli altri può cambiare repentinamente assumendo caratteristiche opposte (buono-cattivo, giusto-sbagliato, intelligente-stupido). Tutti questi problemi possono essere raccontati ed espressi dalla pz con rabbia e frustrazione, anche se queste emozioni vengono verbalizzate solo raramente (ad esempio quando le viene chiesto "che cosa sta provando in quel momento"), difatti nella maggior parte delle occasioni vengono agite o si manifestano attraverso il comportamento non verbale: il tono della voce tende ad aumentare di intensità, lo sguardo diventa minaccioso o talvolta sfuggente, può comparire il tremore alle mani o scoppiare in un pianto improvviso. La pz giudica che tale stato di cose sia ingiusto e che meriterebbe un risarcimento per la sofferenza che sta provando da anni: "Avrei diritto a vivere una vita normale, come gli altri, anche perché avrei tutte le capacità e i talenti per farlo! In realtà quasi tutti sono al di sotto delle mie aspettative, stimo veramente poche persone..ma ho paura del loro giudizio". La pz racconta di vivere spesso stati emotivi di angoscia e di profonda tristezza, che valuta ingestibili e soverchianti. Una delle conseguenze più frequenti che segue a tali vissuti si manifesta nel "blocco nella scrittura": M. smette di scrivere il romanzo che aveva iniziato per poi riprendere anche molti giorni o mesi dopo. Riferisce di non riuscire più a scrivere perché tutto ciò che le esce dalla penna la

disgusta e l'idea che qualcuno possa leggere quelle cose, criticandole, la terrorizza. Questo blocco è per lei fonte di forte abbattimento e di rabbia verso se stessa, perché in quei momenti si valuta "non efficiente" e, per tale motivo, "incapace", "inetta" e "inferiore" a tutto il resto del mondo. Questo la porta a deprimersi (non si lava, mangia e dorme poco, piange) pensando che la sua vita sia inutile, a bere alcolici e ad isolarsi dal mondo esterno (non esce di casa se non per le necessità più strette come il fare la spesa o più spesso delega tutte queste cose alla sorella, evita il contatto anche telefonico con gli altri, si dedica ad attività solitarie come ascoltare la musica, vedere film, meditare), nonché a criticarsi duramente anche a causa del frequente ricorso all'alcol e all'incapacità di provvedere completamente a se stessa. In quei momenti emergono fantasie catastrofiche sulla sua sorte futura, che la pz descrive come incontenibili a livello emotivo e che riguardano i suoi timori di rimanere completamente sola e abbandonata da tutti: "Mi vedo sola e disperata in mezzo a una strada... non c'è nessuno che possa aiutarmi...questo mi porterà necessariamente alla morte, perché non ho neanche la forza di reagire...tutto mi fa paura, ogni cosa intorno a me mi terrorizza!". Quando permane in questo stato di disperazione, può sperimentare anche degli stati dissociativi di cui poi si spaventa: "In questi momenti mi sento triste e sola, incapace di gestire la mia vita. Sto talmente male che l'unico modo è distaccarmi dalla sofferenza..quando mi sento così mi sembra che tutto diventi irreale... è come se mi guardassi dall'esterno..non sento niente... solo confusione..". Può, in questi momenti, diventare sospettosa non solo nei confronti delle persone che incontra, ma anche delle voci o dei rumori che, ad esempio, possono provenire dalle scale del suo condominio. Questi stati paranoidei l'hanno portata più volte ad ideare strategie di coping bizzarre, come tagliare i fili del citofono o chiudere le serrande per non far entrare la luce. Quando la pz racconta questo in seduta talvolta scoppia a piangere inaspettatamente e si agita molto, esprimendo la paura da un lato di non saper contenere quelle emozioni così forti e dall'altro di non poter mai arrivare a stare meglio e che la sua vita sarà sempre un disastro: "Sono stanca di vivere, non ce la faccio più...tanto non ho un futuro... non me ne frega più niente di niente!". Nella fase di acuzie (relativamente ai sintomi depressivi), M. dichiara di vivere un forte disorientamento rispetto agli obiettivi di vita: "Continuo a studiare? Vado a lavorare? Non so cosa fare, vorrei che la terapia mi aiutasse a decidere". Anche in questo caso però, la richiesta di essere aiutata, attraverso la terapia, a capire "qual è il suo vero desiderio" e quale scelta sia per lei più giusta da compiere, ad esempio in ambito lavorativo, è sostituita, in un secondo momento, da un altro problema la cui risoluzione appare improvvisamente più urgente da ottenere (ad esempio in campo sentimentale o amicale). Passato il momento di sofferenza più acuta (depressione, isolamento, ecc) l'autocritica scompare e M. può arrivare a stimarsi "brava,

competente e molto capace”; anche il ricorso all’alcol non viene più giudicato un problema, né ritiene preoccupante quella che poco tempo prima era valutata da lei stessa una vera e propria incapacità di essere autonoma e di occuparsi dei suoi bisogni più primari (lavarsi, mangiare, dormire, ecc) e cambia repentinamente anche la percezione degli altri, che diventano ai suoi occhi “inferiori”, “meschini”, “disprezzabili”, ecc. Inoltre compaiono evidenti oscillazioni anche all’interno di uno stesso ambito ritenuto problematico, ad esempio: il fatto di non aver mai lavorato può essere vissuto o come un segno di diversità rispetto agli altri, di vero e proprio handicap sociale: “Gli altri riescono, sono bravi e io invece sono una buona a nulla, faccio schifo! Non sono neanche capace di andare a cercarmi un lavoro perché ho paura di tutto!”, oppure come un indicatore di specialità e di superiorità nei confronti del resto del mondo, che la pz riferisce con un atteggiamento sprezzante: “Mi fa schifo lavorare, odio quasi tutti i lavori...soprattutto quelli dove bisogna dipendere totalmente da altre persone. Trovo stupido, noioso e svalutante alzarsi tutte le mattine per andare a fare sempre la stessa cosa! Io ho la fortuna di essere mantenuta e continuerò così finché potrò!”. Anche il fatto di stare in casa può essere vissuto talvolta come segno di diversità negativa nei confronti del mondo (“Sono sbagliata”) e a volte come segno di specialità (“Non mi voglio confondere col resto del mondo, sto bene qui”). La valutazione che la pz dà sullo stesso tema varia -anche radicalmente- a seconda dell’umore che ha in quel momento: se è depressa o angosciata riferisce presumibilmente il primo contenuto, se invece è arrabbiata si sposta più facilmente sul secondo; ancora, se è tranquilla o felice, non mostra interesse nel parlarne o appare meno radicale ed estrema nelle sue valutazioni.

### **Profilo interno del disturbo**

Una delle catastrofi che la pz vede e percepisce come probabili e invivibili e dalle quali tenta di fuggire costantemente riguarda la possibilità di essere criticata da altri. Credo che questo faccia riferimento ad uno dei principali anti-goal che regola i vari C problematici della pz poiché, il verificarsi di tale eventualità, significherebbe per lei scoprirsi e farsi scoprire dagli altri come un essere indegno di stare al mondo, una “schifezza”, uno sbaglio della natura. La critica può essere anche solo fantasticata e, in questo caso, la pz reagisce con uno stato emotivo di ansia, non solo prendendo molto sul serio il contenuto della sua supposizione, ma anche generalizzandolo e saltando a conclusioni pessimistiche su di sé: “E se a quell’editore dovesse non piacere quello che ho scritto? Significherebbe che non sono all’altezza di scrivere romanzi! La mia scrittura non piacerà mai a nessuno e questo proverebbe che sono una fallita e che non combinerò mai niente nella vita!”. Uno dei principali motivi per cui manda all’aria i suoi progetti è il timore di non essere

all'altezza dei suoi elevati obiettivi (es: scrivere un romanzo eccellente/diventare una scrittrice affermata) e di essere disvelata agli occhi degli altri come incapace, difettata e quindi svalutata e/o umiliata. L'approvazione, la stima e il riconoscimento degli altri è per la pz una condizione necessaria per potersi dichiarare e sentire una persona di valore. Per questa sua eccessiva dipendenza dal giudizio altrui prova disprezzo verso se stessa, criticandosi aspramente per "non essere stata all'altezza dei propri sogni" (problema secondario). In un'attività ruminativa riguardo un suo rifiuto ad una proposta lavorativa editoriale emerge una valutazione su di sé che la porta ad esperire uno stato di abbattimento e di demotivazione con tonalità depressive, a cui fa seguito uno stato di apatia con assunzione di alcolici ed un ulteriore rinforzo degli evitamenti: "Non sono stata all'altezza dei miei sogni! Mi sento prigioniera della mia insicurezza! Sono una fallita!". La stessa condizione sopra descritta (la critica), quando accade realmente ovvero non è solo fantasticata, innesca impulsivamente una reazione diversa nella pz, la rabbia: ("Non meritavo di essere criticata!") che successivamente la induce a ruminare sull'accaduto e ad esperire uno stato emotivo di tristezza ("Se pensa questo di me significa che non sono in grado di scrivere, sono una fallita!"), generalmente con gli stessi contenuti mentali e comportamentali sopra descritti per il problema secondario (apatia, evitamenti, assunzione di alcolici, ecc).

Anche il "non essere cercata" da altri o non considerata come lei si aspetta, portano M. a vivere uno stato di intensa ansia, in quanto tali condizioni rappresentano per lei un segnale di rifiuto sprezzante da parte dell'altro (che la vuole tenere a distanza in quanto "strana", "pazza", "difettata") e le darebbero conferma di essere una persona indegna e, per tale motivo, la espongono all'eventualità di potersi scoprire (ai propri e agli altrui occhi) un essere "inaccettabile" e, a causa di ciò, di essere abbandonata a se stessa ("Avrò fatto qualcosa che l'ha irritato! Non mi vorrà più vedere e non mi vorrà più bene! Questa sarebbe la prova del fatto che non sono degna di essere amata e rimarrò sola per sempre!").

Le condizioni strumentali iper-investite dalla pz e ritenute l'unica via per ottenere questo bisogno primario, ossia, sentirsi una persona degna di stare al mondo, poggiano su vari tipi di credenze, che attraverso la terapia sono state rese esplicite:

-"Solo se qualcuno mi amerà e si occuperà di me in modo totale e completo potrò non sentirmi una schifezza". L'ottenimento dell'amabilità e dell'accudimento presso gli altri, in questo caso strumentali al valore personale, possono essere perseguiti attraverso varie modalità che la pz mette in atto e che si chiariscono principalmente attraverso altre due credenze sottostanti, caratterizzate da contenuti differenti: "Solo se mi mostrerò totalmente disponibile e accondiscendente agli occhi degli altri, potrò essere amata e accudita". L'eventualità che l'altro possa allontanarsi per una sua

“indisponibilità” la porta di frequente ad evitare di esprimere proprie preferenze e a mostrarsi eccessivamente anassertiva.

-“Solo se mi mostrerò fragile, bisognosa, dipendente agli occhi dell’altro, riceverò cure, attenzioni, compagnia e affetto”. Questa credenza la spinge ad esempio a delegare questioni di ordine pratico alla sorella evitando di esporsi in prima persona per non rischiare di dimostrare incapacità.

-“Solo se sarò superiore agli altri e stimata potrò dimostrare a me stessa e agli altri che valgo qualcosa, che sono qualcuno”. Quest’ultima si esprime attraverso alcuni C comportamentali, in particolare quando è arrabbiata: assume un atteggiamento snob e svilente nei confronti del mondo, tende ad attaccare ripetutamente l’interlocutore (o la persona di cui sta parlando) sottolineandone imperfezioni e difetti, leggendo dei significati denigratori nascosti nelle sue parole o nei suoi gesti e mostrandosi apertamente ostile e sospettosa nei suoi confronti. È solita fare paragoni tra sé e l’altro, rimarcando una linea di distinzione netta e definita e, anche in questo caso, utilizza toni sprezzanti che mirino ad abbassare l’altro e ad esaltare se stessa in termini di specialità. In questo caso è il rango a diventare strumentale al mantenimento o al consolidamento dell’ “autostima”. Questo shift (senso di inadeguatezza-vergogna di sé → orgoglio personale-fierezza di sé) probabilmente consente alla pz di non permanere troppo a lungo in una condizione di frustrazione e di umiliazione, affrancandosi dalla sensazione di indegnità per transitare-anche se solo temporaneamente-in uno stato mentale di maggior stima di sé.

La possibilità di non essere adeguatamente compresa/considerata nei propri bisogni è un’altra condizione che la pz tiene regolarmente sotto controllo e che tenta di eludere attraverso due vie:

A. dando per scontato che l’altro la capisca al volo, senza dover dare troppe spiegazioni in merito: quando la pz in seduta è incoraggiata a parlare di uno stato emotivo che le provoca sofferenza (es. l’angoscia), può esprimere ansia e successivamente una risposta di rabbia, come se si aspettasse di essere capita e legittimata a priori. La domanda dell’interlocutore appare immediatamente ai suoi occhi come una sottile accusa di essere “strana”, “pazza”, “anormale” (“Perché me lo sta chiedendo? Non è ovvio? Sarò mica pazza? Tutti si spaventerebbero di me e sarebbe la prova che faccio schifo!”). Subito dopo la pz esprime la necessità di ripristinare il rango. Arrabbiandosi e alzando la voce per far valere “il proprio diritto leso” (essere compresa), si sgancia momentaneamente dalla sensazione di essere un essere strambo e anormale (“Neanche lei capisce quello che sto provando? Ho il diritto di essere compresa! Quello che provo è normale!”). Dopo di che, quasi improvvisamente, la seduta continua in uno stato emotivo differente da parte della pz (tristezza), che si manifesta anche a livello non verbale (abbassamento del tono vocale,

atteggiamento schivo, attenzione intermittente, ruminazione, senso di impotenza e di frustrazione) e che è frutto di un rimuginio in cui la pz si critica severamente: (“Nessuno mi capisce, non risolverò mai i miei problemi! Non sono normale!”).

B. chiudendosi alla relazione con l'altro, generalmente assumendo un atteggiamento di superiorità e usando toni sprezzanti (“Tanto non mi capirebbe”), oppure mostrandosi spaventata e vulnerabile di fronte all'eventuale interlocutore (“Ho il terrore di non essere capita e per questo rifiutata”), finendo per evitare il contatto (inibizione interpersonale). Nel primo caso gli C emotivi e comportamentali (disprezzo, chiusura alla relazione, atteggiamento di sufficienza) hanno la funzione di difendersi (coping) da un'altra esperienza che la pz vede come altamente probabile e invivibile, che è la vergogna e il senso di umiliazione per la propria presunta indegnità che svelerebbe agli occhi degli altri (“Se dicessi qualcosa di me potrei mettermi in ridicolo e potrebbero trattarmi con sufficienza o compassione. Sarebbe terribile, non riuscirei a governare queste emozioni, ne verrei sopraffatta”). Anche in questo caso si capisce, attraverso la ricostruzione degli ABC in sequenza, come l'atteggiamento sprezzante che la rende altezzosa agli occhi degli altri e la distanza che in risposta mette nella relazione abbiano la funzione di difendere la pz da una condizione che lei ritiene essere invivibile: scoprirsi e sentirsi una schifezza di fronte al mondo.

Quando qualcuno omette di considerare un suo diritto o bisogno, ad esempio: il padre che si rifiuta di pagarle il master o quando deve aspettare cinque minuti in più in sala d'attesa prima della seduta si arrabbia intensamente, pensando e riferendo, anche con commenti offensivi, di non meritare un tale trattamento (“Non ha rispetto per me! Non lo meritavo! Per colpa sua non posso -ad esempio- realizzare i miei progetti!”). Lo stesso tipo di reazione rabbiosa e sprezzante si osserva nel momento in cui la pz non ottiene consenso, approvazione o accordo da parte dell'altro rispetto ai propri punti di vista, valori, idee (es: discussioni sociologiche e/o confronti politici con altri). L'ipotesi è che tutte queste eventualità sopra descritte rappresentino per M. dei mancati riconoscimenti nella propria soggettività. Per lei non essere riconosciuta nei propri diritti/bisogni/valori equivale a non contare nulla, non essere nessuno. Inoltre, non riuscendo la pz a comprendere chiaramente e a gestire i propri stati interni intensi e molto reattivi, non è in grado neanche di prevedersi e di governarsi (auto-governo) e finisce per non capire le proprie dinamiche psicologiche ma anzi, se ne spaventa. La pz ha reazioni di intenso allarme di fronte ad alcuni suoi stati interni (dissociazione, vuoto, angoscia o umiliazione) vissuti come soverchianti e incontenibili, che la inducono a cercare urgentemente rassicurazioni nel momento in cui li prova (rassicurazioni, ricerca di vicinanza di persone di fiducia). Da questo si capisce il perché sia così importante per la pz ottenere il riconoscimento della propria soggettività prevalentemente con il tramite di altri (“ti

capisco” “sono qui per te”, “cerco di aiutarti”): nel suo funzionamento scopistico solo l’altro le può garantire un minimo di costanza di identità e di governo di sé e, se questo non avviene, M. si sente “andare in pezzi”. In questi casi la pz manifesta l’esigenza assoluta di avere un mondo/contexto ordinato e prevedibile, che si dimostri equo/giusto/sensibile e rispettoso dei suoi bisogni e diritti, pena il sentirsi un’aliena, lontana da tutto e da tutti, altra condizione per lei inaccettabile. Questo la porterebbe a sperimentare stati emotivi di rabbia e di disperazione troppo forti, che la pz immagina di non poter gestire e che la condurrebbero ad una sorta di “morte interiore”, un disgregamento di sé, un dissolvimento della propria identità.

Infine va notato come, nella sua impalcatura scopistica, la pz percepisca come seriamente minacciato e mai garantito efficacemente un altro bisogno fondamentale, che è quello che fa riferimento all’autodeterminazione, ovvero in termini di: identità, agentività e previsione e controllo su di sé.

Una condizione strumentale iper-investita dalla pz per ottenere tale/i scopo/i sembra fondarsi sull’ottenimento della vicinanza di altri di riferimento. Di seguito riporto alcune credenze fondanti il funzionamento psicologico della pz in relazione a questo bisogno primario (auto-determinazione):

-“Da sola non ci posso stare perché non so provvedere a me stessa, non so “dove andare” e “cosa fare”. M. investe fortemente sull’ottenimento della vicinanza dell’altro significativo, che le garantisce, almeno parzialmente, non solo il riconoscimento della propria soggettività e un senso di identità più stabile, ma anche un maggiore orientamento rispetto ad obiettivi di vita, problemi da affrontare, priorità da tenere in considerazione. Le frequenti oscillazioni dell’immagine di sé (compresi valori, idee, gusti, preferenze) e dell’altro, nonché il disorientamento rispetto agli obiettivi di vita/problemi da affrontare in terapia (bisogni) sono da collegare alla disponibilità dell’altro (percepita o reale) nei suoi confronti. Ad esempio, l’aver parlato in seduta di una futura conclusione della terapia ha rappresentato per M. un segnale di “totale assenza di punti di riferimento”, che ha attivato in lei vissuti di angoscia e di tristezza relativi all’abbandono. Generalmente l’assenza o l’indisponibilità anche temporanea dell’altro sono interpretati dalla pz come segnale di rifiuto, che la espongono a sensazioni di disgregazione del senso di sé, nonché a stati emotivi di angoscia e di vuoto. Durante la seduta successiva M. si mostra ai miei occhi fortemente depressa, demotivata verso tutto e dichiara in tono accusatorio di sentirsi “molto peggiorata” negli ultimi tempi; esplorando insieme alla pz le motivazioni di tale presunto “peggioramento”, arriviamo a discutere da un lato il forte timore di M. rispetto alla conclusione della terapia, che lei anticipa con fantasie di solitudine, crollo del senso di sé e maggiore confusione rispetto agli obiettivi di vita (“Come faccio da sola? Non me la cavo, non so dove andare né cosa

fare!”), e dall’altro i vissuti di rabbia ed oppositività emersi nei miei confronti, avendo attribuito alle mie parole un significato svilente nei suoi confronti (“Mi sta scaricando!”).

-“Solo se qualcuno mi sta vicino e mi aiuta potrò governare le mie emozioni e/o essere all’altezza di doveri e ruoli adulti”. La vicinanza dell’altro rappresenta per M. anche una sorta di “contenimento emotivo” per vissuti di rabbia, ansia, angoscia e vuoto, dai quali la pz teme di essere sopraffatta e schiacciata, con fantasie estreme di perdita di controllo, che riguardano il diventare “pazza” e, in altre parole, l’assumere le sembianze di un individuo mostruoso di cui tutti avrebbero paura e dal quale scapperebbero. Questi timori si declinano da una parte nella paura di non essere in grado di gestire i propri stati emotivi, e dall’altra nel timore di non vedere mai realizzati i suoi progetti come adulta; in quest’ultimo caso si deduce che l’altro rappresenta per M. un importante strumento di supporto al proprio senso di sé (identità), la cui assenza le rinforza lo stato di apatia, la ruminazione e la procrastinazione: “Se avessi un ragazzo penso che avrei più coraggio nel buttarmi in quello che sto facendo. Da sola perdo la mia identità.”. Quindi, in sintesi, i problemi rilevabili nella paziente possono essere distinti in due tipologie: quelli egodistonici, che lei stessa porta sotto l’osservazione del terapeuta chiedendo di essere aiutata a modificare e/o a ridurre, e quelli egosintonici, di cui la paziente tende a non avere consapevolezza o sui quali non ritiene necessario intervenire. Per quanto riguarda la prima categoria di problemi, vi rientrano: lo stato d’ansia che la porta ad evitare relazioni e a non confrontarsi con suoi desideri, scopi e obiettivi; lo stato di tristezza e di disprezzo verso di sé nei quali entra e in cui permane per la sua “inconcludenza”; il ricorso a strategie disfunzionali (bere, tagliarsi) che non vengono interpretate correttamente come modalità di gestione di stati emotivi sovrachianti, quanto piuttosto come l’esito di sue presunte difettosità di base. Relativamente alla seconda tipologia di problemi, vi sono l’investimento narcisistico e le espressioni di rabbia e di aggressività verso l’altro che, sebbene non fossero considerate problematiche per la paziente, sono state oggetto di discussione e di intervento terapeutico, in quanto ho ritenuto che fossero da modificare e sostituire con strategie più funzionali che le potessero permettere di raggiungere i suoi scopi, oggetto della terapia. Volendo ricondurre il/i problema/i della paziente ad uno schema esemplificativo che metta in relazione alcuni antecedenti emblematici (A) sia con il contenuto dei B (e relativo laddering) sia con gli C oggetto dell’intervento terapeutico (e relativi meccanismi di rinforzo e di mantenimento→E), si nota come ci siano diversi scopi in ballo che si influenzano reciprocamente:

A	B	C	E
<p>-Desideri -Obiettivi ↓ Pensa o inizia a realizzare</p> <p>esempio: Immagina di presentare il suo romanzo ad una casa editrice</p>	<p>Che cosa diranno del mio lavoro quando verrà visto o letto? Sicuramente lo deridrebbero e umilierebbero anche me ritenendomi un'incapace!</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p><b>1-Starei così male emotivamente che non reggerei</b> -confusione (psicologica) e incapacità di agire/progettare -discontrollo su emozioni (e su loro espressione)</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p><b>2-Penserei che hanno ragione, sono inadeguata!</b> (inetta/sbagliata/inferiore) Psicologicamente fragile: Fantozzi!</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px auto; width: 80%;"> <p><b>Verrei abbandonata con disprezzo, e a quel punto:</b></p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p>“Starei così male emotivamente che non reggerei!” (v. sopra)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p>“Penserei che lo merito quel disprezzo, mi farei schifo pure io!”</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;"> <p>“Mi sentirei incapace a fare qualsiasi cosa e di governare la mia vita!”  (“persa”)</p> </div> </div>	<p>-ANSIA</p> <p>-Non realizza (procrastina)</p> <p>-Ruminazioni su critiche future</p> <p>-Inibizione interpersonale (si chiude in se stessa a ruminare, non esce di casa e non realizza nulla di ciò che si era riproposta)</p> <p>- Richiede rassicurazioni/ cerca vicinanza di altri significativi esprimendo delle emozioni di disperazione e di angoscia ad alta intensità</p>	<p><b>PROBLEMA SECONDARIO</b> La pz si dice: “Guarda come stai? Sei fragile, matta e inadeguata, non riesci a fare niente, non combinerai mi niente nella vita!Rassegnati!”</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Depressione/Vuoto</b> ↓</p> <p>A quel punto beve per contenere le emozioni e poi si critica per questo, quindi: <b>Ulteriore problema secondario:</b> “E’ proprio vero che sei fragile e inadeguata! Sei fallita”</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Vergogna</b> <b>S-</b> Questo rinforza l’idea che lei non ce la farà a concludere nulla perché fa schifo, quindi va ad aumentare ancora di più l’investimento nella rivalsa, nell’essere perfetta, nell’arrivare a risultati straordinari inoltre <b>S-</b> rinforza la previsione di non reggere: “non sei una che sa stare sulle sue gambe!” <b>S/</b> Il procrastinare non la mette di fronte all’esito delle sue azioni e dunque lascia aperta ad libitum la possibilità che i suoi sogni si realizzino, senza però accettare l’eventualità di andare a verificare se è realmente così <b>S-</b> Le ruminazioni prolungate in solitudine si svincolano dai dati concreti/ obiettivabili e a queste anticipazioni catastrofiche crede fermamente, prendendo come ulteriore conferma alla credibilità di queste ipotesi lo stato stesso di angoscia che prova (si spaventa di rumori esterni, chiude ogni forma di contatto col mondo esterno tagliando fili del citofono, spegnendo cellulare, ecc) <b>Attenzione e Memoria selettive</b> vanno a cercare ulteriore conferme alle ipotesi catastrofiche sopra descritte <b>S- Cicli interpersonali:</b> gli altri si allontanano perché la vedono esprimere emozioni intense o</p>

			<p>incomprensibili oppure la trattano con compassione E da qui derivano delle conseguenze:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>S-</b> “Nessuno mi vuole, sono inadeguata! Faccio proprio schifo!”</li> <li>2. <b>S-</b> “Dipendo dagli altri, da sola non farò mai nulla!”</li> </ol> <p><del>S-</del> Evita la sofferenza attuale perché l’altro gliela lenisce <b>S+</b> Non fa l’esperienza di stare dentro l’emozione dolorosa e angosciata per un tempo sufficiente a constatare che poi passa e che quindi lei “regge” ⇔ si riconferma che lei da sola non ce la fa a reggere né gli urti della vita né le emozioni stesse <b>S-</b> Sensibilizzazione a stati interni negativi → percezione di ingovernabilità di tali vissuti ↓ 1. <b>S-</b> “Sono debole, inadeguata, dipendente dagli altri” 2. <b>S-</b> “Non so provvedere a me stessa”</p>
--	--	--	--

Per concludere riporto anche uno schema relativo al funzionamento del comportamento rabbioso della paziente, poiché questo C ha comportato numerose difficoltà non solo nella relazione terapeutica (v. “Terapia”) ma anche perché gli ingredienti emotivi e comportamentali di tale C costituiscono parte del problema principale descritto sopra, contribuendo al suo mantenimento e consolidamento.

A	B	C	E
<p>-Non viene cercata da altri</p> <p>-Qualcuno omette di considerare un suo diritto o bisogno</p> <p>-Non viene compresa o efficacemente considerata la sua soggettività (punti di vista, valori, idee, ecc)</p>	<p>A nessuno frega niente di me e questo è un torto/danno grave e inaccettabile!</p> <p>↓</p> <p>1-Nessuno ha mai tenuto davvero conto dei miei diritti e dei miei bisogni!E’ un disordine inaccettabile al quale non posso e non voglio rassegnarmi ⇔ devo punire il malfattore! <b>Bisogno di un mondo/contexto</b> (es: genitori) <b>ordinato e prevedibile</b> (equo/sensibile e rispettoso dei</p>	<p>-RABBIA</p> <p>-Espressioni impulsive/intense della stessa. Esempio: manda all’aria progetti</p>	<p><b>S-</b> manda allo sfascio progetti, collaborazioni, relazioni, interessi, attività, ecc</p> <p>↓</p> <p><b>S-</b> non riesce a diventare autonoma e a farsi un progetto di vita</p> <p>↓</p> <p><b>S+</b></p> <p>-si aspetta sempre più frequentemente e con certezza il rifiuto -critiche da parte del padre -si vergogna nelle relazioni -si autocritica “fai schifo, non vali nulla” (Depressione)</p>

	<p>miei bisogni/diritti) 2-Se non mi amano vuol dire che <b>non valgo nulla</b> (ulteriore gravità/catastroficità del danno)</p> <p>3-Da sola non ci posso stare perché <b>non so provvedere a me stessa</b>, non so “dove andare” e cosa fare (ulteriore gravità/catastroficità del danno)</p>	<p><b>S+</b> Affect as information/mood congruity effect ↓ La rabbia orienta i processi cognitivi peggiorando intensità/gravità percepita del torto e inaccettabilità interlocutore</p> <p>Quando la rabbia si spegne diventa più autocritica e cambia atteggiamento: ↓ <b>S-</b> -viene vista come “pazza”, imprevedibile, incoerente -si vede “pazza”, imprevedibile</p> <p><b>S+</b> Ottiene controllo e prevedibilità su alcune persone di riferimento che, vedendola disperata e arrabbiata, si spaventano e si preoccupano (es: sorella o terapeuta) ↓ <del>S/</del> si evita l’abbandono totale per lei inaccettabile <del>S/</del> l’iperfocalizzazione sull’indegnità altrui le fa ottenere due conseguenze desiderabili: <del>S/</del> “non è colpa mia se vengo abbandonata” <b>S+</b> Orgoglio: valore per superiorità sul piano etico e della sensibilità</p> <p><del>S/</del> eliminare la rabbia (dolorosa) comporta che: <b>1.S-</b> non impara a tollerare/gestire rabbia e altre emozioni ritenute sovrachianti. Inoltre: <b>2.S-</b> si autocritica e preoccupa per questo (indegna/ non amabile)</p>
--	---	--

### Scompenso

Quello che viene definito “un problema di autostima” si riferisce a qualcosa che la pz porta con sé da qualche tempo e più precisamente -viene detto- “da circa dieci anni”: “Prima mi facevo meno problemi, mi buttavo in qualsiasi esperienza mi capitasse, niente mi spaventava!”.

Dall’anamnesi emerge che:

-dieci anni prima finiva una relazione sentimentale alla quale M. reagisce con un forte stato depressivo (“Mi sono quasi lasciata morire. Per un mese sono rimasta a letto praticamente senza mangiare”);

-in concomitanza a questa separazione, la pz riceve una critica da parte di un insegnante di un corso di scrittura, alla quale reagisce come sopra: “Il racconto che scrissi fu stroncato dal docente. Mi ero convinta che non sarei mai potuta essere una scrittrice, che non avevo talento. Per sette anni non ho più scritto un rigo. Probabilmente è proprio quell’anno a segnare uno spartiacque. E’ in questo anno che ho deciso di soffocare le mie aspirazioni artistiche e di cambiare completamente stile di vita”.

In conseguenza a questi episodi, la pz racconta di aver fatto una serie di bilanci negativi sulla propria vita (non essere diventata una scrittrice affermata e non aver trovato il grande amore) e di essersi definitivamente chiusa in se stessa in un forte stato depressivo, giudicandosi una fallita. Dopo un’altra relazione finita male, decide di iscriversi all’università e in quel momento di isolarsi completamente, evitando di uscire, dedicandosi unicamente allo studio: “Non mi sentivo più svalutata, l’università mi stava rivalutando. Ma pensavo che se avessi messo la testa fuori da lì sarebbe stata una catastrofe”. Sembrano essere quindi un abbandono sentimentale e una critica sul suo lavoro i due episodi che segnano lo scompimento del problema della pz. Nell’arco di un breve periodo di tempo M. viene infatti a perdere: la vicinanza di una persona che costituiva per lei il punto di riferimento affettivo e, con esso, anche la colonna su cui si poggiava il valore personale da una parte (“Solo se qualcuno mi amerà e si occuperà di me in modo totale e completo potrò non sentirmi una schifezza”) e l’autodeterminazione/agentività/controllo di sé dall’altra (“Solo se qualcuno mi sta vicino e mi aiuta potrò governare le mie emozioni e/o essere all’altezza di doveri e ruoli adulti”), ma subisce anche: una ferita narcisistica che, nel funzionamento scopistico della pz caratterizzato da una scarsa autonomizzazione dei criteri di giudizio di se stessa e una forte dipendenza da criteri e giudizi di altri individui, ha la funzione di confermare l’ipotesi che è un’incapace, una fallita, non all’altezza dei propri progetti di vita e delle proprie aspettative, ergo non vale nulla. Probabilmente il fatto di essersi iscritta all’università in seguito a questi episodi costituisce un forte fattore protettivo rispetto all’esordio vero e proprio, in cui gli scopi fondamentali della pz verranno compromessi in maniera più decisiva. L’iscrizione all’università rappresenterà infatti per M. la scelta di un progetto esistenziale autonomo che le permetterà di sentirsi un individuo agente dotato di una mente e di un proprio mondo psicologico che costituisca il principale locus of control delle proprie azioni. Inoltre, per il fatto di essere un percorso abbastanza “strutturato” (sessioni di esami, date, orari ecc) l’università le consente di incanalare le

proprie capacità e competenze in maniera meno disordinata di come solitamente avrebbe la tendenza ad agire, evitando il conseguente senso di fallimento per non essere riuscita a portare a termine un suo progetto di vita. Non solo, nonostante si chiuda alle relazioni sentimentali e alla maggior parte delle persone, la pz durante il percorso di studi mantiene alcuni riferimenti affettivi (la madre, la sorella e un'amica) la cui vicinanza rappresenta il non sentirsi completamente sola ("Per me ci sono sempre state") e, con essa, l'impressione di essere importante per qualcuno e quindi un essere amabile e degna di attenzioni; la possibilità di fare continuo riferimento in particolare alla madre e alla sorella, inoltre, la protegge dalla sensazione di non essere in grado di provvedere a se stessa e, quindi, di auto-gestirsi. Emblematica a tal proposito la prima richiesta d'aiuto al Servizio di Salute Mentale proprio dopo la morte della madre, in seguito alla quale M. aveva cominciato a manifestare sintomi di ansia e di panico che avevano come nucleo centrale la sensazione di dissolvimento del senso di sé e di disgregazione, che la pz tentava di controllare cercando urgentemente un contenimento fisico (barricarsi in casa, farsi abbracciare da qualcuno, ecc) che le dava l'impressione di non perdersi completamente e di conservare un minimo di identità. In seconda battuta M. chiede una terapia individuale privata dopo la laurea, durante un periodo di depressione con toni rabbiosi, a seguito di un progetto professionale non andato a buon fine con il professore di tesi, il quale le aveva fatto una proposta mai concretizzatasi: "L'ho percepito come una immensa svalutazione. L'ultima roccaforte della mia identità è venuta a cadere. E' stato il colpo di grazia". Questo evento e i successivi evitamenti che la pz mette in atto in relazione ad esso (professionali e relazionali) rappresentano per M. l'ennesima conferma del fatto che ogni suo progetto è destinato a fallire e che nulla di ciò che fa possa essere mai portato a termine; la spiegazione che la pz si dà rispetto a queste considerazioni predica sulla sua incapacità come persona nel perseguire obiettivi di fondamentale importanza e, in ultima analisi, di essere un individuo non solo di scarso valore, ma anche senza una propria autonomia decisionale e di azione.

### **Vulnerabilità**

Gli elementi che hanno favorito la nascita e l'insorgenza del problema della pz si possono ricondurre all'interno di un quadro più ampio in cui emerge, stando ai racconti della stessa, una evidente disorganizzazione nello stile psico-affettivo delle figure di attaccamento. Si ipotizza che nella sua storia di vita ci siano state costanti invalidazioni della propria soggettività: M. è stata frequentemente criticata e svalutata dal padre, che le ripeteva che "avrebbe dovuto essere in un altro modo: più loquace, spigliata, aperta agli altri", mentre invece lei si racconta come "una bambina timida, introversa, con la testa tra le nuvole, dedita alla lettura". Il padre si arrabbiava spesso con

lei, insultandola o schernendola, quando la vedeva stare in casa a leggere un libro o a fare i compiti, perché “una bambina avrebbe dovuto stare con gli altri”. M. ricorda di essere stata continuamente criticata dal padre, che la rendeva oggetto di confronti con gli altri bambini, “più svegli di lei” e di essersi sentita costantemente rifiutata, provando spesso umiliazione quando la svalutava pubblicamente, così che nel tempo aveva cominciato a pensare di essere una figlia “sgradita”. M. ha cominciato a temere molto la critica e il disaccordo (per diversità) con l’altro perché ha imparato ad associarli con l’umiliazione e la svalutazione, l’abbassamento di sé rispetto ad un altro migliore di lei. La sua attuale esigenza di evitare la critica e la mancata acquisizione di auto-validazione derivano presumibilmente dal fatto che durante l’infanzia la pz non aveva strumenti interni di auto-valutazione per potersi difendere dalle accuse del padre e riteneva attendibile la valutazione che lui le dava, riconoscendosi totalmente nelle sue parole. In questo scenario la figura materna non è stata di sostegno alla figlia ed ha avuto un ruolo pressoché marginale: M. la descrive come una “malata di mente”, totalmente succube del padre, che alternava periodi di normalità a momenti di depressione. A volte M. ha provato disprezzo verso una madre che non riconosceva i bisogni materiali e psicologici delle figlie ma che, al contrario, richiedeva cura e accudimento continui da parte di tutta la famiglia. Si è sempre sentita messa da parte da entrambi i genitori, non vista, all’interno di un contesto di aggressività verbale e fisica in cui spesso provava terrore e in cui sviluppa il timore di rimanere sola per le ripetute minacce da parte dei suoi: “Avevano problemi tra di loro..c’erano liti continue..mio padre era violento verso mia madre..spaccava le porte, la insultava...c’erano continuamente grida in casa! Andavano e venivano da quella casa..non avevo mai la certezza di avere qualcuno con me”. Proprio in questo periodo M. ricorda di avere imparato a dissociarsi da vissuti emotivi intensi (ansia, panico, terrore, angoscia, vuoto, tristezza, rabbia), che nessuno le ha insegnato né a riconoscere né a tollerare: “Quando i miei litigavano e si tiravano i piatti io correvo in camera e mi isolavo in un mondo tutto mio, separandomi completamente dalla realtà, che mi faceva troppo male...per loro era come se non ci fossi”. Di qui la difficoltà nel comprendere e gestire i propri stati interni (in particolare le emozioni) così da essere in grado di prevedersi e governarsi (auto-controllo), oltre che di capire le proprie dinamiche psicologiche senza averne paura. Anche quando non c’erano liti tra i suoi genitori, la pz ricorda di aver vissuto in un ambiente che non le forniva l’accudimento e il contenimento emotivo necessari: la casa era continuamente frequentata da persone che neanche conosceva, ricorda che i genitori fumavano hashish, si ubriacavano e per la maggior parte del tempo non erano disponibili per i bisogni della figlia, si mostravano sordi ai suoi richiami. All’interno di un tale contesto si inquadra l’attuale difficoltà della pz nel centrare, capire e legittimare i propri bisogni emotivi e di avere una

rappresentazione relativamente attendibile delle proprie preferenze, valori, obiettivi e competenze basata su esplorazioni/esperienze in prima persona e su scelte (anche rispetto ai modelli da seguire ed imitare), nonché la difficoltà di scegliere un progetto esistenziale relativamente autonomo.

M. ha plausibilmente imparato un unico modo per essere riconosciuta nella propria soggettività e per essere vista: essere diversa dagli altri (superiore/alternativa/polemica/anticonformista o problematica/drammatica/scenica), costruendo una credenza del tipo: “Solo se mi distinguerò dal resto del mondo, ad esempio opponendomi a qualsiasi richiesta dell’altro, potrò essere riconosciuta e per questo potrò dimostrare a me stessa e agli altri che sono qualcuno”. Questa credenza sembra essere stata sostenuta non solo dall’atteggiamento hippy-anticonformista dei genitori, ma anche dalle loro ingiunzioni: “Non seguire la massa altrimenti diventi una pecora!”. Questo le permette anche di ricevere stima e riconoscimento, ad esempio da parte degli insegnanti, che la “premano” per il suo impegno e la sua intelligenza. A scuola si sente e appare “diversa” agli occhi dei compagni perché impara a distinguersi e a caratterizzarsi non solo per diversità, ma anche per superiorità, probabilmente per contrastare quella sensazione di indegnità provata verso di sé: “Non avevo molti amici, perché nessuno, nemmeno i miei compagni del ginnasio, leggeva tanto quanto me ed era in grado di sostenere una conversazione al livello che io desideravo. Mi sentii dire una volta persino ‘ma come parli? Hai ingoiato un vocabolario?’ Sentivo di odiare il mondo, di odiare gli altri. Sì odiavo tutti con tutte le forze che avevo. Il disprezzo che nutro per i miei simili è nato allora. E anche la convinzione di essere superiore alla maggior parte di loro”. Di qui il suo atteggiamento da “snob” quando sente che la propria soggettività non è riconosciuta e il suo senso di identità rischia di essere seriamente compromesso e le fantasie di rivalsa nei confronti del mondo da cui si sente sempre più distante: “Forse non ero nemmeno pazza, anormale, dissociata, psicopatica, autistica. Io intendevo farmi le mie regole. E se gli altri non apprezzavano allora potevano andare al diavolo. Cominciavo a fantasticare su sul momento in cui avrei potuto apparire magra, bella, spigliata, suscitando lo stupore di tutti. Il brutto anatroccolo è diventato un cigno, avrebbero detto. Il momento del riscatto!”.

L’altro aspetto relativo alla costruzione della propria identità riguarda il polo della drammaticità e problematicità che inizia a funzionare come rinforzo positivo quando il padre se ne va di casa: M. impara a farsi vedere e riconoscere dagli altri familiari nel momento in cui minaccia di uccidersi e di farsi male, cominciando anche ad essere aggressiva e violenta nei loro confronti. Da quel momento in poi è lei ad essere maggiormente messa al centro dell’attenzione, per la problematicità dei suoi comportamenti (tenta il suicidio, rifiuta di andare a scuola, picchia la madre o la sorella quando si arrabbia, piange e si dispera anche per motivi anche banali, ecc), tant’è che viene anche

portata in terapia. Questo iperinvestimento della pz nella ricerca di vicinanza/riciesta di cure e accudimento/dipendenza dall'altro significativo attraverso modalità patologiche e drammatiche assolve alla funzione di contenimento emotivo e di evitamento di una condizione di solitudine che lei percepisce come disgregante il senso di sé ma che, provocando l'allarme e l'impotenza dell'altro, aumenta notevolmente la percezione di non governabilità delle emozioni e di "anormalità", peraltro supportata anche dalle diverse diagnosi (disturbo bipolare, disturbo dipendente di personalità, autismo, ecc) che le sono state date nei vari servizi pubblici e strutture private a cui è stata inviata.

### **Descrizione della terapia e valutazioni di esito**

L'obiettivo di contratto tra me e la paziente si chiarisce fin dalle prime sedute e riguarda il problema del valore personale, quello che lei chiama "autostima", principalmente per il fatto che attribuisce a questa difficoltà la causa del mancato raggiungimento di obiettivi di vita per lei fondamentali. Durante un primo periodo di valutazione e di anamnesi clinica, è emerso come il funzionamento della pz si fondi prevalentemente sulla necessità di piacere all'altro per poter sentire e affermare di "valere qualcosa" e di "essere qualcuno": l'indagine e l'approfondimento di tale meccanismo e la condivisione dello stesso in seduta (attraverso ABC, schemi grafici esemplificativi, diario emotivo), ha permesso alla pz di sentirsi adeguatamente capita e di comprendere meglio quello che ai suoi occhi erano ritenute delle "stranezze" di cui vergognarsi. Questo primo lavoro ha contribuito a ridurre parzialmente il problema secondario, anche se non lo ha risolto definitivamente. Il lavoro terapeutico si è mosso dunque in varie direzioni, che ho riportato sottoforma di "moduli" della terapia e in cui ho esplicitato gli obiettivi clinici in senso stretto. La strategia clinica seguita è partita in primis dall'obiettivo di rendere la paziente più disposta ad accettare il verificarsi del danno (critica, giudizio) e a gestire in maniera più funzionale alcune emozioni percepite come soverchianti e disgreganti, imparando gradualmente a tollerarle. Questo avrebbe dovuto permetterle di rendersi più disponibile nei confronti di alcune situazioni che inizialmente tendeva ad evitare in maniera diffusa e generalizzata (scrittura, relazioni, ecc). Inoltre ho ipotizzato che questo lavoro terapeutico avrebbe da un lato facilitato la paziente a mettere a fuoco i suoi obiettivi in maniera più chiara e ad essere più autonoma rispetto alle proprie scelte di vita/desideri, percependosi maggiormente capace di realizzarli o comunque di perseguirli; dall'altro mi aspettavo che si sarebbe sentita maggiormente in diritto di avere e di esprimere una propria soggettività, indipendentemente dal giudizio altrui, anche attraverso l'impiego di alcune tecniche che esplicito di seguito nella descrizione dei vari "momenti" della terapia.

MODULO 1: l'obiettivo è stato quello di contrastare la focalizzazione della paziente sui segnali percepiti come minacciosi e di promuovere una lettura meno automatizzata e non univoca dei dati, prevalentemente attraverso l'uso di procedure cognitive classiche tese ad ostacolare l'interpretazione sbrigativa degli A temuti e la generalizzazione delle conclusioni catastrofiche: "Che prove hai di questo?", "Cosa ti fa dire che..?", ecc. Questo ci avrebbe permesso, a lungo termine, di ridurre l'ansia della paziente in situazioni relazionali/sociali e professionali, nelle quali la stessa chiedeva di essere aiutata. La fase finale di questo modulo si è concentrata sull'esposizione alle situazioni temute (andare in libreria, recarsi in centro, iniziare una conversazione telefonica, invitare qualcuno a prendere un caffè a casa sua, iniziare a scrivere una pagina di un romanzo) con il triplice scopo di rendere la paziente più disposta a tollerare l'ansia in determinate situazioni, facendo l'esperienza che l'intensità dell'emozione si riduce fino ad estinguersi se si è disposti a rimanervi dentro, conseguentemente di promuovere un'idea di sé come individuo in grado di gestire emozioni anche forti e infine di incoraggiare un progressivo distacco dalle proprie auto-invalidazioni e dal giudizio altrui. Questo ultimo obiettivo sarà poi ripreso e approfondito in una fase terapeutica successiva mediante l'uso di tecniche espositive alle sensazioni (vedi Modulo n.2). Di seguito riporto una rassegna delle principali tecniche di de-biasing ed espositive utilizzate nel lavoro con la paziente: indagine degli A (ricerca fattori scatenanti l'ansia e i fattori di mantenimento come gli evitamenti), dei B (esplorazione scenari catastrofici e costruzione di alternative) e degli C (analisi risposte emotive e comportamentali). Questo lavoro ha portato inizialmente la pz ad accettare con maggiore disponibilità le future esposizioni e l'ha resa più consapevole dell'origine degli C problematici, ma non ha assolto alla funzione di ridurre stabilmente la percepita inaccettabilità/probabilità del danno ("non ha abbassato la guardia", se non temporaneamente ed episodicamente). Infine con l'esposizione con prevenzione della risposta si è ottenuto ottenuto una riduzione dell'ansia momentanea. Contemporaneamente al lavoro appena descritto, per quanto riguarda i vissuti depressivi, di cui la paziente non si dava spiegazione (non vedendoli collegati ad eventi esterni ma a difetti costituzionali) e in conseguenza dei quali si percepiva come "una senza speranza", la terapia si è mossa con lo scopo di dare un senso a tali stati emotivi, tentando di collegarli a fatti oggettivi e relative valutazioni, sia per ridurre la sofferenza del problema secondario sia per fornire alla paziente un'idea di sé come soggetto dotato di capacità di gestione dei propri stati interni. Questo è stato possibile attraverso l'uso di ABC e di procedure cognitive standard relative al modello di trattamento per la depressione, con particolare attenzione al momento della riattivazione comportamentale: nei momenti di maggiore malessere, la paziente era stata addestrata a ricorrere ad una lista di attività piacevoli (stilata insieme in seduta) che le

sarebbero servite ad alleviare lo stato emotivo, dandole parallelamente l'impressione di poterlo in parte governare. Le principali fasi del lavoro sulla depressione: diario dei pensieri automatici negativi, sostituzione di inattività/ruminazione con attività ritenute piacevoli, lettura di testi psicoeducativi con lo scopo di rendere più accessibile e comprensibile alla paziente il significato del suo stato emotivo ("perché è giù di corda"), e quindi di modificare le credenze pessimistiche su di sé, sul mondo e sugli altri interrompendo il circolo vizioso degli evitamenti.

In questa fase il risultato è stato generalmente positivo: la pz ha ricominciato le normali attività e, forte degli obiettivi raggiunti, ha diminuito l'autocritica ritenendosi "abbastanza soddisfatta" di sé.

MODULO 2: si è deciso di lavorare maggiormente sulle condizioni strumentali iperinvestite dalla pz (dipendenza dal giudizio esterno, vicinanza dell'altro, amabilità, accudimento, anassertività, distinguibilità/specialità) utilizzate per salvaguardare gli scopi percepiti come costantemente minacciati (valore personale e agentività). Un obiettivo terapeutico è stato quello di rendere meno rigide e stereotipate le regole connesse a tali scopi strumentali relativi al sé (ovvero il "come devo essere io per ottenere rango, stima e non sentirmi una schifezza") e di sostituirle con vie più efficaci, legittime e meno costose per la pz. Questo è stato attuato in seduta sia attraverso l'uso della discussione critica (attacco al "Sé ideale" tipico di un'adolescente in continua competizione con il mondo e non di una "donna matura", sollecitazione a giocare la sfida su un terreno diverso sviluppando il "Sé Adulto" attento alle esigenze degli altri, accidentato, responsabile e cooperativo), sia mediante la costruzione di concrete vie di perseguimento alternative adatte ad ottenere l'orgoglio sulla base di criteri più interni, scoraggiando il ricorso a strategie "di compenso" (lista stilata dalla paziente con qualità morali, caratteriali ed etiche sulle quali confrontarsi quotidianamente).

Una delle emozioni maggiormente affrontate all'interno di questo modulo terapeutico è stata la vergogna- e la sensazione di indegnità ad essa correlata-, terapeuticamente riformulata come "un trucco che ci parla del nostro comportamento e che ci sprona a cambiare", piuttosto che rappresentare il segnale di presunti difetti o la causa dell'autosvalutazione, primariamente con l'obiettivo di contrastare la visione secondo la quale le emozioni ci danno informazioni circa il nostro valore come individui. Un altro obiettivo è stato quello di desensibilizzare la paziente a risposte emotive grossolane e promuovere l'apprendimento esperienziale del diritto assertivo, così da facilitare il distacco dal disprezzo dell'interlocutore dandosi la possibilità di dirsi che "le cose avrebbero dovuto andare diversamente" e quindi imparare a legittimare la propria soggettività (desideri, reazioni, comportamenti, competenze, vissuti emotivi, incapacità, limiti). Le tecniche

utilizzate a tal fine sono state esposizioni alle evocazioni emotive di vergogna, umiliazione e alle sensazioni di profonda inadeguatezza ad esse correlate; in seguito alla supervisione didattica, difatti, si è ritenuto utile concepire il problema di M. come un disturbo post-traumatico, come se la paziente fosse continuamente soverchiata da emozioni regolate in maniera molto automatizzata, intensa e grossolana (sopravvento dell'amigdala). Il fatto di aver subito dei traumi nella sua storia di vita (trascuratezza genitoriale, svalutazioni continue, umiliazioni pubbliche, ecc) ha reso più facile che certi stimoli somiglianti ad essi andassero a riattivare una mediazione, una elaborazione sub-corticale a carico dell'amigdala; la classe di equivalenza degli stimoli a cui attualmente la paziente è vulnerabile sono quindi molti, perché è andata ad ampliarsi per somiglianza e in maniera automatizzata, non governata dal ragionamento. La paziente appare quindi sempre soverchiata da emozioni, ed ha scelto dei modi per curarsi che sono in gran parte peggiorativi (evitare, bere, tagliarsi) e che fungono da meccanismi di rinforzo. A tale proposito è stata messa a punto la tecnica dell'Imagery with Rescripting e la discussione successiva su quanto emerso. Durante il de-briefing è stata sottolineata e punita la tendenza della paziente ad identificarsi con i criteri dell'aggressore, nel caso specifico il padre, stimolando una discussione aperta sugli effetti negativi del ricorso a condizioni compensatorie da lei spesso utilizzate: "Sembri condividere il valore secondo cui l'altro va disprezzato se sbaglia, ma chi ne giova? Quali sono i vantaggi per te? Quali le conseguenze? A te piace un mondo così?".). La tecnica è stata applicata per due volte di seguito, dopo di che la paziente ha deciso di interrompere la terapia perché si è sentita incapace di reggere tali vissuti, per lei troppo dolorosi e inaccettabili (insieme probabilmente ad una valutazione di inguaribilità e, insieme, di pericolosità di tale tecnica terapeutica). Durante le ultime sedute è stato possibile discutere con la pz della sua tendenza ad identificarsi completamente con i criteri dell'aggressore (svalutazione di sé, disistima, auto-accuse per i suoi presunti difetti di base, ecc) e alla sua incapacità di provvedere ai suoi bisogni di base (l'adulta si rifiutava di prendersi cura della bambina umiliata e screditata dal padre, alleandosi con quest'ultimo), tanto che è stato necessario un intervento di modeling che ha fatto sentire la pz al sicuro dalle critiche impietose e ha contribuito ad alleviare la sensazione di essere uno schifo e di meritare tali ingiustizie. Attualmente non sto vedendo la pz.

Di seguito alcune procedure utilizzate in questo modulo per raggiungere gli obiettivi terapeutici sopra elencati: accettazione del rischio ("Non ti conviene"/aumento dei costi), lista vantaggi/svantaggi (es. del dipendere dall'approvazione altrui); analisi dei cicli interpersonali disfunzionali, ad es. in cui viene dato potere incondizionato all'altro; analisi dei cicli intrapsichici disfunzionali che si vengono a creare ad es. nel momento in cui non ci si affida a standard di

valutazione interni (es. attenzione selettiva su proprie imperfezioni). In questo caso il risultato non è stato del tutto positivo, in quanto la pz tende a spostare continuamente la sua lente ora su un problema, ora sull'altro, a causa dell'oscillazione rispetto ai propri bisogni. Ancora: discussione sulla fallibilità del comportamento iper-prudenziale ("Tanto non ti salvi") con l'identificazione dei fattori che espongono la pz allo stesso tipo di rischio al quale tenta di salvaguardarsi, es: il proteggersi dall'eventualità di essere inadeguata agli occhi degli altri evitando di uscire da casa non può garantire il fatto di non sentirsi tale, tant'è che può criticarsi su altro, ad es. sulla modalità di scrittura. "Non è tuo diritto/dovere": discussione sul fatto che nessuno ha il diritto/dovere di essere o rendersi immune dalla critica e dalla temporanea sensazione di indegnità; legittimazione dello scopo ma critica sull'insopportabilità/catastroficità del presunto danno evitato. Questa discussione non ha portato neanche minimamente la pz a spostarsi su questo punto di vista, ritenendo le proprie reazioni a tale danno qualcosa di "realmente insopportabile".

Per quanto riguarda la gestione delle emozioni ritenute insopportabili, è stato più utile lavorarci direttamente in seduta quando si presentavano (es. pianto improvviso e incontrollato) al fine di far sperimentare la pz che poi diminuiscono di intensità fino a scomparire. Questo ha avuto un buon esito, anche se la pz non è stata quasi mai disposta a sperimentare questa tecnica al di fuori della seduta. E' riuscita invece molto bene per quanto riguarda l'intervento sullo stato di vuoto; abbiamo stilato una lista di attività piacevoli a cui poter ricorrere nell'eventualità in cui avesse dovuto permanere a lungo in questo stato interno in cui facilmente si dissocia. La pz ha individuato tecniche di meditazione, pulire casa, camminare con i piedi scalzi in casa, fare una telefonata parlando di altro, ecc. Non abbiamo ancora potuto lavorare allo scopo di ridurre/eliminare i gesti auto-lesivi come tentativo di soluzione per uscire da alcuni stati emotivi ritenuti ingestibili, poiché la pz mi ha riferito questo problema soltanto durante una delle ultime sedute. Messa in discussione di criteri di autostima troppo esternalizzati e costruzione di standard più autonomi dai giudizi altrui, ad es. attraverso la costruzione di una scala di valori su cui confrontarsi quotidianamente (tecnica del taccuino). La pz ha definito scopi e standard obiettivabili per essere "orgogliosa di se stessa" (qualità e virtù da acquisire), ma anche in questo caso il risultato è stato fallimentare, in primo luogo a causa dell'oscillazione dell'immagine di sé, che non le ha permesso di riconoscersi in maniera stabile in questi criteri (demotivazione e rabbia dovute ad un ulteriore de-legittimazione della propria soggettività). Parallelamente a questo lavoro si è tentato di ricostruire la storia di vita della pz, ricercando esperienze e fattori predisponenti il problema presentato così da legittimare la necessità della pz di ricorrere a criteri esternalizzati (es. approvazione e stima da parte degli altri) spiegandola non in termini di debolezza/inettitudine (lavoro sul secondario) ma vedendola come

necessità scopistica (“non essendo riuscita a garantirmi i miei scopi -bisogni primari- sono stata costretta ad organizzarmi con i mezzi che avevo..”). Anche questa manovra, insieme alla lettera ai genitori per dichiarare i danni psicologici subiti a causa dei loro comportamenti, non ha adeguatamente assolto la funzione di legittimare, agli occhi della pz, gli C comportamentali di cui solitamente si critica giudicandosi un’inetta, anche se l’ha resa parzialmente più consapevole del suo funzionamento psicologico. Altre procedure: distinzione tra il fare e l’essere, tra le azioni e la persona agente, attraverso la discussione in seduta finalizzata a far distanziare la pz dalla sua auto-critica spietata, anche sottolineandone le irrazionalità e le conseguenze etiche e sociali (razzismo, classismo, ecc..). E’ stato possibile utilizzare questa procedura in alcuni momenti della terapia, ma ho trovato forti resistenze quando la pz era depressa o angosciata: in questi casi tendeva ad irritarsi, pensando di essere accusata ingiustamente e svalutata, e conseguentemente ad opporsi, mostrando ostilità nel continuare a parlarne (“è tutto tempo perso”). Distinzione tra la sensazione e il fatto oggettivo: lavoro sull’estinzione dello stato emotivo acuto (equilibrio tra accettazione e cambiamento) separandolo dalla valutazione a mente lucida dell’evento realmente accaduto. ES: “X non mi saluta e mi sento una m...”. Estinzione della sensazione tentando di tollerarla in una sorta di esposizione alla sensazione con prevenzione della risposta (cioè senza ricorrere all’uso di alcol o all’evitamento della situazione temuta); una volta raggiunto il distacco emotivo dalla sensazione di indegnità, cercare di valutare il fatto da una prospettiva più obiettiva (messa in discussione dell’ipotesi catastrofica).

Scarso risultato: le critiche, i rifiuti e le invalidazioni soggettive (anche solo supposte) portano la pz ad esperire stati emotivi molto intensi che si rifiuta di tollerare (percezione di andare in pezzi).

MODULO 3: Lavoro sulla gestione della rabbia: il presentarsi di questa risposta emotiva frequente ed intensa ha costituito un problema di non poco conto sia in seduta, proprio per la difficoltà nel proseguire nel perseguimento degli obiettivi terapeutici, sia nel contesto esterno, dove rappresenta un forte ostacolo alla costruzione e al mantenimento di relazioni stabili, nonché all’immagine che la pz ricava di se stessa, finendo per valutarsi come la “pazza” che nessuno vorrebbe avere accanto. Dopo aver compreso e condiviso con la pz questo meccanismo di funzionamento, la terapia si è dispiegata nell’uso di varie strategie per diminuire tale risposta, mirando a sostituirla con mezzi più efficaci (es: Training sull’ assertività), idonei e funzionali ai suoi scopi: aumento dei costi con la punizione del C problematico attraverso etichette sgradite alla pz, ad esempio di bestialità (“sei governata da pensieri e non da fatti”), pazzia/discontrollo (“rischio del delirio, non essendo più padrona di sé”), insicurezza/vulnerabilità (“bambino emotivo, dal temperamento difficile”); “Non hai il diritto”/ “Non ti conviene”: discussione con la paziente sulla

difficoltà di accettazione delle ingiustizie subite e riflessione sul fatto che anche gli altri, come lei, non sono meritevoli di disprezzo, sebbene talvolta sbagliano (“I diritti fondamentali di una persona rimangono”) e che quindi non è suo diritto punirli con aggressività e atteggiamento svalutante. Si è discusso anche sull’inutilità di fare pagare ai “nuovi” quello che le hanno procurato i “vecchi” e sull’eventualità che, così facendo, possa rimanere completamente sola: “Non converrebbe imparare ad essere più comprensivi e a perdonare quando è possibile?”; Stress Inoculation Training: tecnica per dilazionare la risposta, dandosi il tempo per discriminare i pensieri dai fatti (“la vendetta è un piatto che va servito freddo”, la parte “calda” va ignorata), attraverso esercizi sul riconoscimento di segnali premonitori, tecniche di rilassamento /respirazione per ridurre l’attivazione fisiologica, di modifica del dialogo interno e di posticipazione del “problema” (“ne parliamo quando mi sono calmata”). Esempio di home-work: scrivere previsioni/valutazioni che fai sul momento (rabbia) e perché sarebbe urgente e opportuno farlo (espressione rabbia); Mindfulness e tecniche di meditazione con l’obiettivo di imparare a tollerare l’emozione ritenuta eccessiva e dannosa. In ultimo: proposta di fare visita psichiatrica per eventuale assunzione di farmaci: la pz si è arrabbiata perché si è sentita “scaricata” da me, che l’avrei ritenuta “senza speranza”. Si è opposta passivamente alla mia richiesta e ha deciso di lasciare la terapia. E’ tornata dopo un paio di mesi con la seguente richiesta: “capire meglio se l’uomo di cui si è innamorata corrisponde al suo interesse”. I vissuti della pz erano di rabbia (“Lui non è chiaro con me”) e di tristezza con contenuti auto-svalutativi (“Non piacerò mai a nessuno”). Questi interventi hanno permesso di raggiungere solo parzialmente lo scopo iniziale: la risposta emotiva della paziente si è attenuata, ma non è stato possibile costruire in maniera stabile vie alternative ad essa (assertività, ironia, ecc), probabilmente perché non era cambiata la percezione di sé come “persona in diritto di poter esprimere una propria soggettività”. Il permanere in uno stato di indegnità e di non-diritto ha fatto in modo che la paziente punisse il comportamento aggressivo/rabbioso (consapevole dei costi che questo le procurava) non potendolo sostituire con una via più efficace.

MODULO 4: In questo modulo si è posta particolare attenzione alle oscillazioni rispetto all’immagine di sé, in relazione al cambiamento d’umore conseguente alle squalifiche o alle validazioni dell’altro (mood congruity effect). Il problema delle oscillazioni andava infatti a peggiorare il problema secondario rafforzando l’auto-critica (percezione di sé come individuo instabile, fuori controllo, incapace di gestirsi) e rendeva più probabile il ricorso agli evitamenti (percependosi una “malata senza speranza”, rinunciava più facilmente agli impegni). La considerazione di questo problema ha fatto propendere per un cambiamento di rotta a livello terapeutico, poiché queste variazioni, anche repentine, rispetto all’immagine di sé e dell’altro,

ostacolavano l'intervento che aveva come obiettivo la modificazione e la sostituzione di credenze e di scopi in ballo, nonché il cambiamento delle condizioni iperinvestite dalla pz oggetto del trattamento. Insieme con la pz è stato riformulato l'obiettivo terapeutico, spostandolo momentaneamente sugli C problematici (caratteristici del disturbo borderline di personalità) che ostacolavano la terapia. Gli C problematici posti alla nostra osservazione sono stati primariamente quelli relativi alle oscillazioni dell'immagine di sé e dell'altro e il primo obiettivo è stato quello di renderle più comprensibili agli occhi della paziente (collegandole ad eventi, valutazioni, stati emotivi tramite l'uso di ABC, interventi psicoeducativi e mappe concettuali) e quindi maggiormente prevedibili. Di seguito le principali manovre terapeutiche impiegate a tal fine: la costruzione, in seduta, di una "mappa" di come la pz rappresenta sé e l'altro nella relazione, sottolineando l'emergere di diverse rappresentazioni, talvolta anche opposte e contraddittorie. Esempi: Io buona-Altro cattivo, Io indegna- Altro irraggiungibile, Io speciale- Altro schifoso disprezzabile, Io innamorata- Altro fantastico, Io fragile- Altro distante indisponibile, ecc.

Si è cercato di cogliere il cambiamento dello stato mentale della pz in seduta confrontandolo con lo schema di riferimento e sottolineando la differenza tra una rappresentazione e l'altra, con lo scopo di far rientrare tali oscillazioni all'interno di un fenomeno più prevedibile e comprensibile agli occhi della pz (diminuire l'egodistonia dello C problematico); parallelamente si è tentato di collegare tale shift con l'emozione e il vissuto corrispondenti, esplorandone i contenuti, con l'obiettivo di far percepire alla pz una maggiore controllabilità degli stati emotivi ritenuti sovraccaricanti. A volte ho suscitato l'emozione della pz (es. la rabbia) con alcuni argomenti fatti emergere in seduta e commentando insieme alla pz la risposta ad essi, anche da un punto di vista fisiologico (cosa succede nel tuo corpo) e/o non verbale (hai distolto lo sguardo); la negazione o il non riconoscimento da parte della pz di alcune emozioni che emergevano ci ha dato lo spunto per discutere su come la pz può mostrarsi agli altri (Tp: "mi sembra arrabbiata..gli altri fuori potrebbero pensare proprio questo..oppure potrebbero non capire, come me in questo momento"). Grazie a questo esercizio abbiamo esplorato lo stato emotivo della pz che precede la risposta impulsiva rabbiosa: il terapeuta diventa il carnefice e la pz si sente vittima, prova terrore (per la sensazione di profonda indegnità che dà per certa) e per tale motivo utilizza la rabbia per ripristinare il rango. Un'altra manovra terapeutica, parallelamente a quanto appena illustrato, è stata quella di fornire informazioni più dettagliate alla pz del disturbo di personalità di cui soffre, attraverso interventi di psico-educazione e lettura di articoli sull'argomento con lo scopo di aumentare la consapevolezza della pz sul problema, ridurre il secondario e aumentare la motivazione al nuovo indirizzo terapeutico. In un primo momento la pz si è mostrata "lusingata" nel ricevere la diagnosi e le

informazioni relative ad essa, poiché ha interpretato la descrizione dei vari criteri come segno di “specialità”: “Mi piace sapere queste cose, anche se ora so che fanno parte di un disturbo... perché questo tipo di persona sa viverci fino in fondo le emozioni, è passionale.. ce ne sono poche di persone così...non saprei e non vorrei essere diversa!”. Inoltre si è sentita “riconosciuta” nella sua soggettività, identificandosi nel quadro diagnostico. Dopo qualche settimana, invece, al ripresentarsi del solito problema del blocco nella scrittura, ha ricominciato a criticarsi duramente, dando la responsabilità del suo fallimento come scrittrice al fatto che ha un disturbo che non le permette di vivere una vita “normale”, finendo per abbattersi: “E’ terribile e umiliante sapere che questo problema non mi fa essere lucida..che un giorno voglio una cosa e il giorno dopo non mi interessa più... non so più qual è la vera me stessa! Non ne uscirò mai!”. Il riconoscimento della propria soggettività, in questi momenti, viene percepito come gravemente compromesso, così come il valore personale (“La mia vulnerabilità psicologica è fonte di continue umiliazioni”). Anche in questa fase la paziente si è spesso abbattuta per l’incapacità di far fronte alle sue continue oscillazioni: in altre parole l’aumentata consapevolezza rispetto al suo funzionamento ha creato una maggiore egodistonia con gli C problematici senza portare ad un maggiore investimento nella risoluzione dei problemi. La pz si è spesso tirata indietro rispetto all’intervento terapeutico (legato all’obiettivo condiviso), talvolta per una percepita pericolosità e/o inutilità dello stesso, su cui probabilmente non abbiamo lavorato sufficientemente per contribuire a sostenere la sua motivazione al cambiamento.

**Giulia Paradisi**

**Scuola di Psicoterapia Cognitiva Grosseto**

**Specializzata a Grosseto, Training Gragnani, Capo, Co-trainer: Saettoni**

**e-mail: [giulia.paradisi@libero.it](mailto:giulia.paradisi@libero.it)**

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

*[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto: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](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

