

## Il caso di Rebecca: una ragazzina con la corazza di una tartaruga

Arianna Polato

Associazione di Psicologia Cognitiva di Verona

### **Riassunto**

Viene presentato il caso clinico di una ragazzina adolescente che da sempre non si sente accettata in famiglia, soprattutto dalla mamma. Ha paura di essere abbandonata, prova un forte senso di vuoto legato al fatto di non piacere agli altri sia fisicamente sia caratterialmente. Spesso presa in giro per il suo aspetto fisico non proprio longilineo, tende ad isolarsi o a mettere in atto comportamenti disfunzionali (autolesionismo e abuso di alcol). Difficilmente fa vedere quello che prova, come se si fosse costruita una rigida corazza dalla quale non fa trasparire nulla, mostrandosi per ciò che non è realmente. La diagnosi è riconducibile ad un Disturbo oppositivo provocatorio in linea alla sua età, anche se ci sono i presupposti per ipotizzare lo sviluppo di un Disturbo Borderline di personalità. Il trattamento proposto in chiave cognitivo comportamentale si basa principalmente sulla ristrutturazione cognitiva e su alcune tecniche della DBT (Terapia Dialettico Comportamentale).

**Parole chiave:** Abbandono, Senso di vuoto, Autolesionismo, Disturbo Oppositivo Provocatorio, Disturbo Borderline di Personalità, DBT

### **Rebecca's Case: a girl with the shell of a turtle**

### **Abstract**

The clinical case of a teenage girl who has not always felt accepted in the family, especially by her mother, is presented. She is afraid of being abandoned, she experiences a strong sense of emptiness due to the fact that she does not like others both physically and temperamentally. Often, mocked for its not exactly long-limbed physical appearance, she tends to isolate or to have dysfunctional behaviors (self-harm and alcohol abuse). She hardly shows what she feels, as if she had built a rigid armor from which she does not reveal anything, showing herself for what she really isn't. The diagnosis is attributable to an oppositional provocative disorder in line with his age, even if there are the conditions for hypothesising the growth of a borderline personality disorder. The treatment proposed in a cognitive behavioral key is mainly based on cognitive restructuring and on some DBT (Dialectical Behavioral Therapy) techniques.

**Key words:** Sense of abandonment, Self-harm, Provocative Oppositional Disorder, Borderline Personality Disorder, DBT

### **Presentazione del caso**

R. è una ragazza di 15 anni, attualmente frequenta la seconda superiore di un istituto tecnico ad indirizzo socio-sanitario. Lo scorso anno è stata rimandata nelle materie di spagnolo e scienze umane, inoltre è stata anche più volte ripresa per cattiva condotta. Figlia di mamma marocchina e papà italiano, ha una sorella più grande di lei di un anno e mezzo. Definisce la mamma ipercritica, *“non le va mai bene niente di quello che fa o che indossa”*, invadente e molto giudicante nei suoi confronti e nelle persone che frequenta. Il papà è una figura più comprensiva, che sembra rispondere ai suoi bisogni, non tanto perché ha una spiccata empatia per la figlia, quanto piuttosto per evitare discussioni e accese litigate in casa. La sorella sembra essere diventata un punto di riferimento da due anni quando le è stata vicina nella scelta della scuola superiore. Prima il rapporto era molto litigioso dal momento che secondo R., la mamma preferiva la sorella rispetto a lei. Tuttora è così, ma vede che nella sorella trova comunque conforto e aiuto. La considera migliore di lei (è in serie A femminile di calcio, è bravissima a scuola, rispetta gli orari che le vengono dati per tornare a casa) e ciò le fa pensare di non essere mai all'altezza.

Alle elementari viene presa in giro per il suo peso e più volte derisa con nomignoli del tipo *“cicciona”*, *“grassona”*, *“obesa che si mangia la spesa”*. Alle medie la situazione si è accentuata perché oltre che essere presa in giro dai suoi compagni di classe, viene presa di mira anche dalle ragazze più grandi delle altre classi. In terza media perde un suo caro amico, che conosceva dall'asilo nido, morto per leucemia, ne soffre molto perché dice: *“Era l'unica persona che mi accettava in tutto e per tutto”*. Ogni anno organizza una festa in suo ricordo. Durante l'estate della terza media inizia a fumare molto, a frequentare discoteche e cattive compagnie, a bere ubriacandosi ogni fine settimana. Inoltre, più volte si sono verificate abbuffate di cibo senza condotte eliminatorie; fino ad arrivare ai primi atti di autolesionismo (scottature sulle braccia con le sigarette) che sono durati per tutta l'estate. Con l'inizio delle superiori, si sente più a suo agio con la classe perché per la prima volta non si sente derisa. Per mantenere questo status, indossa una maschera che la fa apparire forte, socievole e sicura di sé. La paura di non essere accettata o abbandonata è così forte che decide di non far trapelare nessun tipo di emozione. Per qualche mese frequenta una ragazza avendo i primi rapporti sessuali, la relazione però è stata interrotta da poco perché la mamma ha proibito che si vedessero, cosa inaccettabile per la sua religione. R., pur di ottenere l'approvazione della madre, chiude con la sua ragazza, dicendo di sentirsi confusa sul suo orientamento sessuale.

Al primo colloquio R. non si presenta del tutto curata nell'aspetto: capelli in disordine e indossa vestiti molto larghi (felpe xxl e jeans a cavallo molto basso) per mascherare il suo sovrappeso. Spesso si mangia le unghie, oramai inesistenti, perché agitata e perché è evidente come non si senta a suo agio. Inizialmente parla poco, tende a rispondere in modo molto sintetico alle domande e fa molta fatica a riportare ciò che non va.

**Descrizione del problema, o dei problemi, del paziente negli aspetti quantitativi e qualitativi ed eventuali interazioni tra di loro**

R. riferisce di avere una grande confusione in testa, non sa per quale motivo ma si sente bloccata perché non sa mai come comportarsi. Alterna momenti in cui fa emergere per pochi istanti la sua fragilità e momenti in cui tende ad apparire per ciò che non è. Inoltre, riporta che con sua mamma non ha rapporti e non la sopporta, con il papà va meglio anche se è cambiato in senso negativo il rapporto con lui (non si confida più, parlano molto meno) e questo la fa soffrire. In primis lei non si accetta per com'è: vorrebbe una forma corporea diversa, non le piace il suo carattere che definisce troppo impulsivo e diretto, vorrebbe vivere più serenamente le giornate a casa e a scuola e non è del tutto soddisfatta delle relazioni che ha instaurato. Dice che ha tanti amici e che lei è un po' la leader ma che in realtà nessuno la conosce bene perché spesso e volentieri alza una barriera difensiva in modo che nessuno percepisca cosa provi realmente e quindi le persone si allontanano da lei. Inoltre, non si sente accettata dalla sua famiglia e ha paura di essere abbandonata o derisa dal suo gruppo di amici. Si rende conto che a volte esagera con l'alcol, soprattutto quando ci sono delle feste e lei dorme da qualcuno, tende ad abbuffarsi ancora anche se ultimamente capita massimo due volte al mese, ha una forte dipendenza dal cellulare (specialmente per i social, passa molto del suo tempo a guardare profili di gente famosa, riporta: *"Fantastico su una vita che non avrò mai"*). A scuola sta andando abbastanza bene, anche se fa fatica a reggere il peso delle interrogazioni. Ciò che però la preoccupa di più è quando le vengono in mente dei pensieri intrusivi, racconta: *"Ho certi pensieri brutti che non mi fanno trovare il senso di vivere e mi sembra di impazzire"*. Lei si rifugia in camera sua per giorni con le sue cuffiette e la musica; oppure, esce con qualche amica per distrarsi e finisce, anche se non sempre, col bere senza darsi un limite, con l'abbuffarsi di gelato o col fumare minimo dieci sigarette di fila. Ad oggi non ci sono più i segni di autolesionismo, anche se permangono dei pensieri a riguardo. Ciò le suscita molta ansia perché teme di non riuscire a controllarsi, soprattutto quando è coi suoi compagni di classe o con gli amici fuori da scuola.

Test somministrati:

- Questionario anamnestico:
  - Madre: "elemento più distaccato della famiglia, se si parla si litiga sempre, testarda, non ha pregi"
  - Padre: "disponibile, sdrammatizza, mi rimprovera ma mi aiuta"
  - Sorella: "ben organizzata, disponibile, simpatica, cocciuta"
- Autocaratterizzazione: "R. è una persona testarda, molto insicura, apparentemente fredda. Non si fa mai vedere piangere ma non è detto che non pianga. Non vuole far vedere cosa prova perché

farlo vedere è da deboli. Ha anche spirito di iniziativa per organizzare delle cose tutti insieme e per coinvolgere. Le piace quando canta perché ha una bella voce”.

- SCID-5: tratti di personalità borderline

*Diagnosi:* Disturbo oppositivo-provocatorio secondo l'ICD-10

### Profilo interno del disturbo

A	B	Ce	Cc
La mamma mi dice che devo cambiarmi la felpa perché non le piace, dice che è da maschio.	Ogni volta mi deve criticare	Rabbia +	Tamburella con il piede
	Non la sopporto, la odio, spero se ne torni in Marocco presto, se ne deve andare, ha rotto	Rabbia ++	Sospira forte
	<i>Ho voglia</i> di fumare spero se ne vada il prima possibile da camera mia	Rabbia +++	Sbatte la porta della camera ed esce in giardino a fumare

A	B	Ce	Cc
Sto fumando una sigaretta al parco dopo l'ennesima litigata con mia mamma	Non è giusto, vede sempre i miei difetti, mia sorella invece può fare quello che vuole	Rabbia Gelosia	Sguardo fisso
	Non le vado mai bene e <i>non mi accetterà mai</i>		Cerca di trattenere le lacrime
	Anche quando ci provo, lei <i>non si accorge di me</i>	Tristezza+	
	Sono una pessima figlia, una persona destinata a rimanere da sola, non valgo niente	Tristezza ++	Scende qualche lacrima che subito asciuga

<b>A'</b>	<b>B'</b>	<b>Ce'</b>	<b>Cc'</b>
Tristezza	Non posso piangere per lei. Non devo farmi vedere così, sono anche nel parco vicino a casa e potrebbe vedermi chiunque	Vergogna	Si asciuga velocemente le lacrime
	Se mi vedono piangere <i>diranno che sono debole</i> e non posso permettermelo	Agitazione	Spegne la sigaretta, torna in casa e va in camera sua

### Opzione 1

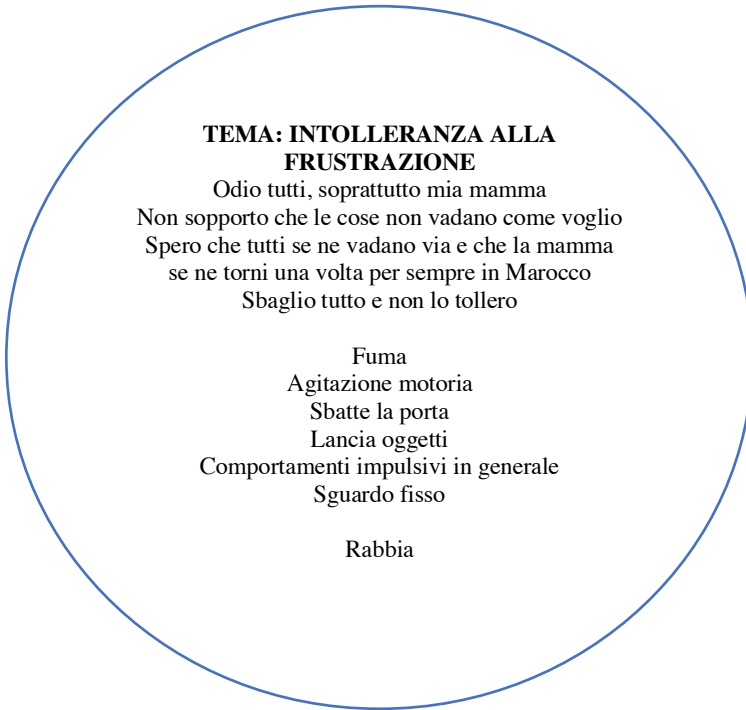
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>Ce</b>	<b>Cc</b>
Sono in camera mia con la musica a tutto volume	Nessuno mi deve vedere così  <i>Faccio schifo</i> Non trovo il senso di vivere	Depressione	Si abbuffa di gelato
	Vorrei dimenticare tutto e sparire  Nessuno mi vuole perché <i>sono una persona orribile</i>	Senso di vuoto e di abbandono	Spegne la luce e rimane al buio per ore Si chiude in se stessa

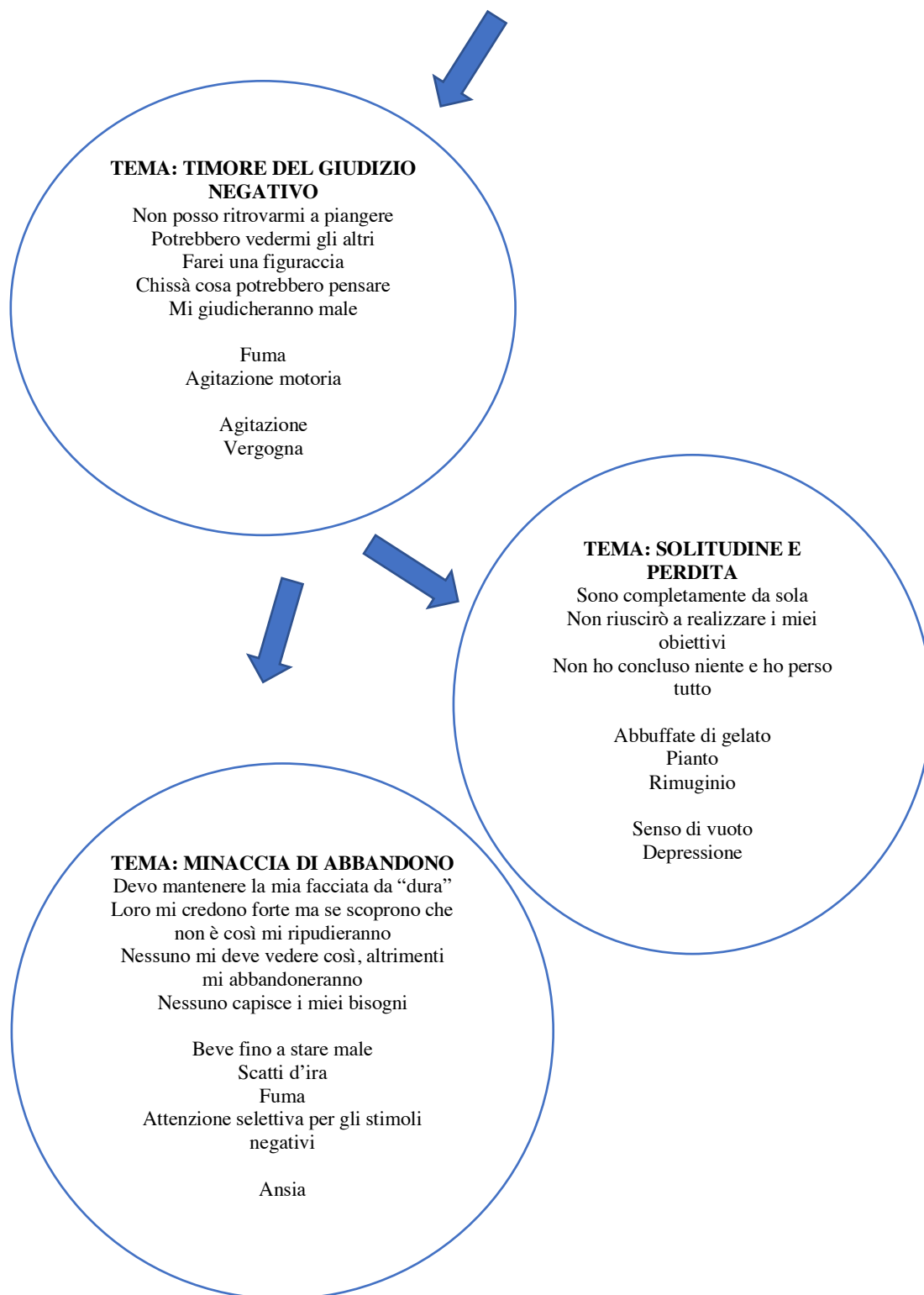
### Opzione 2

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>Ce</b>	<b>Cc</b>
Sono in camera mia con la musica a tutto volume	Nessuno mi deve vedere così  Voglio bere all'infinito e dimenticare tutto	Tristezza	Contatta degli amici per uscire

	<i>La vita fa schifo</i>	Depressione	Esce con i suoi amici
	Se continuo così mi abbandoneranno tutti e finirò da sola chissà dove	Senso di vuoto e di abbandono	
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>Ce</b>	<b>Cc</b>
Sono ad una festa coi miei amici	Loro mi credono forte e sicura, non posso farmi vedere giù  Se faccio trapelare che sono triste mi crederanno debole e non devo permetterlo	Ansia	Beve senza limiti, socievole con tutti, enfatizza il rapporto con la sua ragazza
	Se capiscono che sono debole mi prenderanno in giro e <i>rimarrò da sola, sono una sfigata.</i>	Senso di vuoto	Beve ancora fino a star male

**Stati mentali**







### **Fattori e processi di mantenimento**

- **Emotivi:** ansia, depressione e senso di vuoto, rabbia. L'ansia porta R. ad investire sempre sullo stesso scopo che è "dare sempre una buona impressione per non essere abbandonata", pertanto tende ad irrigidirsi, a chiudersi e ad evitare il confronto o uno scambio con le persone che le stanno vicino, mantenendo così la sua inadeguatezza.

Depressione e senso di vuoto sono fattori di mantenimento dal momento che R. assume un atteggiamento passivo che non la fa reagire e le conferma l'idea di non valere nulla. La rabbia la porta ad essere impulsiva ed aggressiva col rischio di allontanare ancora di più la famiglia, in particolare la mamma dalla quale vorrebbe essere accettata incondizionatamente.

- **Cognitivi:** autosvalutazione, pensiero persistente di essere abbandonata, disfunzioni metacognitive (in particolare integrazione, differenziazione e decentramento). R. fa molta fatica ad avere una visione generale d'insieme di quella che è la sua situazione, a volte fatica a comprendere il punto di vista dell'altro o solo accettare che gli altri possano avere opinioni diverse dalle sue. Questo la porta a pensare di non essere mai capita e a mantenere il pensiero disfunzionale che prima o poi verrà abbandonata da tutti.
- **Comportamentali:** isolamento sociale che mantiene un forte senso di vuoto, ipercompensazione (tra cui abbuffate, esagerazioni nel bere e/o nel fumare) che le mantiene e le fortifica la credenza di persona indegna. Inoltre, facendo fatica a validare le proprie emozioni alimenta un atteggiamento molto critico e severo verso di sé.
- **Interpersonali:** si aspetta che tutti (amici e famiglia) la trattino senza considerazione, non la accettino e soprattutto che possano lasciarla sola da un momento all'altro. Ha una rappresentazione di sé da una parte indegna e dall'altra critica e punitiva. Inoltre, frequenta cattive compagnie che la inducono a mantenere comportamenti sregolati.

### **Scompenso**

- **Scompenso:** quando è in terza media muore per malattia fulminante il suo migliore amico, col quale riusciva a confidarsi e si sentiva sempre accolta e accettata. Con la sua perdita, R. perde un punto di riferimento fondamentale

### **Vulnerabilità**

- **Vulnerabilità storica:** genitori ambivalenti, temperamento insicuro e ansioso, derisioni da parte dei compagni delle elementari per il suo peso. In particolare, avere dei genitori non sempre attenti ai

bisogni della figlia e non sempre coerenti nelle regole date o nei modi di relazionarsi, probabilmente ha fatto sì che R. non si sentisse totalmente accettata come figlia/persona.

- Vulnerabilità attuale: invalidazione da parte della mamma e a volte anche del papà, difficoltà di adattamento scolastico e relazionale. Ciò la rende oggi insicura e diffidente nelle relazioni interpersonali ed esposta maggiormente al giudizio sociale, insicurezza che maschera indossando una dura corazza dalla quale non vuole far trasparire nulla.

### **Trattamento psicoterapeutico**

La terapia ha avuto inizio a luglio 2019, il lavoro qui presentato è frutto di 17 sedute. La terapia, tuttavia, è ancora in corso.

Di seguito, verrà illustrato il percorso terapeutico di Rebecca.

- Obiettivi condivisi: riconoscimento e regolazione emotiva, condivisione del profilo interno, training assertivo per migliorare la comunicazione con i genitori, strategie di coping per modificare i comportamenti disfunzionali.
- Tecniche utilizzate: raccolta di ABC, alfabetizzazione emotiva, normalizzazione delle emozioni (tecnica del doppio standard), psicoeducazione dell'ansia (curva dell'ansia e SOS Ansia) e del senso di abbandono, ristrutturazione cognitiva, diario emotivo, catena comportamentale secondo la DBT, skills training DBT per la tolleranza alla frustrazione attraverso le tecniche di distrazione e di autoconsolazione.
- Gestione dei colloqui: per i primi tre mesi i colloqui sono stati due a cadenza settimanale, ora una volta a settimana. Inizialmente è stato molto difficile creare un'alleanza terapeutica tale che permettesse a R. di portare contenuti di lavoro utili. Teneva a dare risposte sintetiche e sbrigative, era molto diffidente e rigida.
- R. ha imparato a validare le proprie emozioni almeno con se stessa. In seduta utilizziamo il nome "Tartaruga." quando ci accorgiamo che anche durante il colloquio fa fatica a togliere la corazza che le impedisce di dar vita alle emozioni che prova. Negli ultimi due mesi non si sono verificate abbuffate, mangia e dorme più regolarmente. Il rapporto con la madre è ancora conflittuale ma va molto meglio.
- L'aspetto più problematico ancora evidente è la difficoltà a relazionarsi in maniera sana con compagni, amici e famiglia. È spesso facilmente irritabile e manipolativa, spesso mente per nascondere o ottenere ciò che vuole. Inoltre, fa un uso del cellulare spropositato che la tiene agganciata ad una vita che non è reale.

*Arianna Polato, Psicologa, Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Associazione di Psicologia Cognitiva di Verona, e-mail: [polato.arianna@gmail.com](mailto:polato.arianna@gmail.com)*

*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)