

Il fragile mondo di Amélie: indegnità, controllo e desiderio negato

Margherita Strumia¹

¹Psicologa psicoterapeuta

Riassunto

Il contributo descrive il caso clinico di Amélie, 36 anni, con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, sintomi di Anoressia Nervosa e tratti di Disturbo Dipendente di Personalità. Il quadro si sviluppa in un contesto caratterizzato da deprivazione affettiva e parentificazione precoce, che hanno contribuito alla formazione di credenze patogene di indegnità e valore personale condizionato. Il funzionamento della paziente è organizzato attorno a un sistema rigido di antiscopei ("non deludere", "non disturbare", "non mostrare bisogni") e a uno stile relazionale pervasivamente sottomesso.

Nel corso del trattamento è emersa un'impasse significativa: la compiacenza, meccanismo nucleare del funzionamento di Amélie, si è riprodotta nel setting terapeutico, dando luogo a un'alleanza apparentemente stabile ma priva di un reale movimento trasformativo. La supervisione ha svolto un ruolo centrale nel rendere riconoscibile questa dinamica e nel favorirne la riparazione attraverso una metacomunicazione esplicita del processo relazionale.

Il percorso terapeutico ha accompagnato Amélie dal prendersi cura degli altri come condizione per sentirsi amata al prendersi cura di sé come scelta intenzionale; dal controllo come unica garanzia di tenuta alla possibilità di riconoscere e sostenere il proprio desiderio. In questo processo, la conclusione della relazione con il partner ha rappresentato l'espressione più concreta del cambiamento terapeutico.

Il caso evidenzia come il riconoscimento e la metacomunicazione delle dinamiche interpersonali che si riproducono nel setting possano rappresentare un fattore decisivo per il superamento dell'impasse terapeutica e la riattivazione del processo di cambiamento.

Parole Chiave:

Disturbo Depressivo Maggiore, tratti dipendenti di personalità, indegnità, valore condizionato, deprivazione affettiva, sviluppo traumatico, sottomissione, impasse terapeutica, rottura e riparazione dell'alleanza, supervisione

The fragile world of Amélie: unworthiness, control and denied desire

Summary

This paper presents the clinical case of Amélie, a 36-year-old woman diagnosed with Major Depressive Disorder, presenting symptoms of Anorexia Nervosa and traits of Dependent Personality Disorder. Her clinical presentation developed within a developmental context marked by emotional deprivation and early parentification, which contributed to the formation of pathogenic beliefs of worthlessness and conditional self-worth. The patient's functioning was organized around a rigid system of anti-goals ("don't disappoint," "don't bother others," "don't show your needs") and a pervasively submissive interpersonal style.

During therapy, a significant impasse emerged: her people-pleasing interpersonal strategy, the core mechanism underlying Amélie's functioning, was reenacted within the therapeutic relationship, resulting in an alliance that appeared stable but lacked genuine transformative potential. Supervision played a pivotal role in recognizing this pattern and facilitating its repair through explicit metacommunication about the therapeutic relationship.

The therapeutic process supported Amélie in moving from caring for others as a condition for feeling loved to caring for herself as an intentional choice; from relying on control as her only source of security to recognizing and sustaining her own desires. Within this process, ending her relationship with her partner represented the most tangible expression of therapeutic change.

This case highlights how recognizing and explicitly addressing interpersonal dynamics as they unfold within the therapeutic relationship can be crucial for resolving therapeutic impasses and reactivating the process of change.

Key words:

Major Depressive Disorder, dependent personality traits, unworthiness, conditional self-worth, emotional deprivation, traumatic development, submission, therapeutic impasse, alliance rupture and repair, supervision

“In una sera di una scintillante giornata di luglio, mentre sulle spiagge i bagnanti si divertono in un clima di ritrovata spensieratezza e a Parigi i curiosi e gli oppressi dal caldo ammirano i primi fuochi d'artificio tradizionali, Amélie Poulain, nominata anche la madrina di tutti gli emarginati o la Madonna degli indesiderati, ha ceduto al peso dell'ennesima fatica. [...] Strano il destino di questa giovane donna, privata di se stessa eppure tanto sensibile al fascino discreto delle piccole cose della vita. Come Don Chisciotte, lei aveva deciso di combattere l'implacabile mulino di tutte le miserie umane. Una battaglia perduta in partenza che ha logorato prematuramente la sua vita: ad appena ventitré anni, Amélie Poulain, esangue, ha lasciato che la sua breve esistenza si immergesse nel vortice del malessere universale.”

Jeunet, *Il favoloso mondo di Amélie*, 2001

PRESENTAZIONE DEL CASO

Dati anagrafici e familiari

Amélie è una donna di 36 anni. Al momento dell'avvio della psicoterapia convive con il partner Nino nel paese in cui è cresciuta e dove risiede la famiglia di origine, e lavora come impiegata amministrativa in

uno studio dentistico. La madre, assistente sociale, presenta una storia clinica di Anoressia Nervosa, mentre il padre, geometra in pensione, è descritto come cronicamente depresso. Il fratello minore, di tre anni più giovane, è sposato e ha due figli. A partire dall'adolescenza, la paziente assume numerosi compiti di cura nei confronti della nonna paterna, resa non autosufficiente da un grave incidente e allettata presso l'abitazione familiare da quando Amélie ha quindici anni; se ne occuperà fino al decesso, avvenuto nel 2022.

Condizioni attuali di vita

La relazione con Nino è in corso da circa dieci anni. Il partner lavora in ambito petrolifero e trascorre lunghi periodi fuori casa per motivi di servizio. Amélie descrive il rapporto come stabile, sebbene abbia numerosi dubbi rispetto al proprio coinvolgimento affettivo. Dopo vari tentativi di gravidanza non riusciti, la coppia avvia un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), che sospende dopo pochi mesi. Sul piano professionale, Amélie lavora come impiegata part-time nello studio dentistico diretto da Madeleine, amica di lunga data; la sovrapposizione tra ruolo professionale e legame amicale rappresenta frequentemente una fonte di confronto e tensione. La paziente dedica la maggior parte del suo tempo libero al volontariato presso un'associazione locale.

Invio e contesto della terapia

Amélie si è rivolta autonomamente alla terapia nell'estate del 2024, in una fase di marcata crisi emotiva caratterizzata da vissuti di fallimento esistenziale, inutilità personale e perdita di senso. Sin dai primi incontri, la paziente appare motivata e collaborativa. Il percorso si svolge online, con frequenza settimanale.

Esame psichico – Prima seduta

Alla prima seduta Amélie si presenta con qualche minuto di anticipo. L'aspetto fisico è trascurato: è sottopeso, non è truccata e indossa abiti sciatti; trasmette una marcata sensazione di fragilità. Il tono di voce è sommesso e lo stile comunicativo passivo, a fronte di un'adeguata consapevolezza del proprio funzionamento psicologico e di una buona capacità di descrivere i propri stati mentali. L'eloquio è fluido e coerente. Nel racconto emergono frequentemente vissuti di vergogna e colpa, accompagnati da un forte bisogno di legittimazione. Si apprezza uno stile relazionale improntato alla compiacenza, che attira subito la mia attenzione clinica.

Descrizione dei problemi presentati

Amélie riferisce una deflessione dell'umore quotidiana da circa 12 mesi, con vissuti di tristezza, vuoto, inutilità e fallimento. L'esperienza è accompagnata dalla sensazione di fingere di funzionare e di essere

per questo “falsa e inautentica, una cattiva persona”. Il pensiero è dominato da autocritica severa, continui confronti con gli altri e generalizzazioni negative su di sé e sul futuro. Espressioni ricorrenti sono: “Deludo sempre chi mi è vicino”, “Non riuscirò mai a costruire nulla di mio”, “Non ho diritto di stare male”. Sul piano comportamentale, si rileva ritiro sociale e contrazione delle attività piacevoli, vissute come “immeritate”.

L'alimentazione costituisce un ulteriore ambito di sintomatologia. Fin dall'adolescenza, Amélie tende a controllare rigidamente il cibo: riduce le porzioni, salta i pasti, monitora ossessivamente il senso di pienezza. Non riferisce una preoccupazione centrale per il peso o l'aspetto fisico: il controllo alimentare ha prevalentemente una funzione autopunitiva e di ripristino del senso di padronanza quando teme di non avere il controllo su emozioni, relazioni o scopi personali.

Dal punto di vista identitario e relazionale, i tratti di personalità dipendenti attraversano l'intero quadro clinico. Amélie tende ad anteporre i bisogni degli altri ai propri e fatica a riconoscere e legittimare desideri autonomi, temendo che l'espressione di sé possa suscitare disapprovazione o abbandono. Ne deriva uno stile relazionale sottomesso e compiacente. La maggior parte delle giornate di Amélie è dedicata ad attività di servizio a favore delle persone che la circondano.

L'episodio depressivo attuale appare reattivo all'assetto di vita e si configura come epifenomeno di un funzionamento di personalità fragile. La gravità del quadro appare lieve-moderata sul piano sintomatologico, ma ad elevato impatto soggettivo: Amélie mantiene un apparente buon livello di funzionamento esterno, ma descrive la propria vita come “vuota” e priva di una direzione sentita come propria.

Test somministrati

Sono stati somministrati diversi strumenti psicodiagnostici allo scopo di integrare la valutazione clinica del funzionamento di Amélie. Il CORE-OM restituisce un quadro di moderata compromissione globale, con marcata sofferenza soggettiva a fronte di una discreta tenuta del funzionamento sociale. Alla DERS Amélie mostra una buona consapevolezza, ma riferisce difficoltà nell'accettare i sentimenti negativi e scarsa fiducia nella propria capacità di regolarli. L'IIP-47 evidenzia un accentuato bisogno di approvazione sociale. Il profilo emerso dal PID-5 segnala tratti disfunzionali di personalità, in particolare ansia, depressività, labilità emotiva e sottomissione. Alla SCL-90 risultano rilevanti la dimensione depressiva, la somatizzazione, gli aspetti ossessivo-compulsivi e la sensibilità interpersonale. Infine, la TAS-20 non evidenzia alessitimia, elemento coerente con le buone capacità introspettive riscontrate nel colloquio.

Formulazione di una diagnosi

Si ritiene che Amélie soddisfi i criteri per la seguente diagnosi: Disturbo Depressivo Maggiore con sintomi di Anoressia Nervosa e tratti del Disturbo Dipendente di Personalità.

In accordo con i criteri del DSM-5-TR per il Disturbo Depressivo Maggiore, l'episodio attuale è caratterizzato dalla presenza di almeno cinque sintomi (tra cui umore depresso e/o marcata riduzione di interesse o piacere), presenti quasi ogni giorno per almeno due settimane, associati a disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento. Nel caso di Amélie, i sintomi riportati includono umore depresso, anedonia, disturbi del sonno, affaticabilità, autosvalutazione e sentimenti di colpa. In termini di specificatori, il quadro rappresenta un episodio singolo di gravità lieve con ansia associata (in relazione alla sensibilità interpersonale).

Amélie presenta numerosi tratti del Disturbo di Personalità Dipendente, sebbene non vengano soddisfatti i criteri per porre diagnosi. Il suo funzionamento di personalità è caratterizzato da: marcata tendenza a porre i bisogni altrui prima dei propri; difficoltà a legittimare desideri autonomi; timore della disapprovazione e dell'abbandono, con ruoli relazionali sottomessi; dipendenza dal riconoscimento esterno per il mantenimento del senso di sé; vuoto identitario.

Per quanto riguarda l'Anoressia Nervosa, non vengono soddisfatti i criteri per porre diagnosi, ma si riscontra un persistente pattern alimentare restrittivo. Non è presente una preoccupazione primaria per il peso. Sulla base dell'osservazione clinica, si stima una VFG compresa tra 60 e 65.

Storia della sofferenza e precedenti trattamenti

La storia della sofferenza di Amélie è caratterizzata da un decorso di lunga durata, con sintomatologia attiva dall'adolescenza. In quel periodo compaiono i sentimenti di inadeguatezza e i primi comportamenti restrittivi sull'alimentazione, alternati a fasi di stabilità in cui mantiene un buon funzionamento. Nel passaggio all'età adulta si osserva una progressiva cronicizzazione dei vissuti di vuoto, autosvalutazione e difficoltà decisionali, che si esprimono in scelte lavorative frammentarie, progetti interrotti e relazioni affettive ambivalenti. Intorno ai 27 anni Amélie intraprende un primo percorso psicoterapeutico ad orientamento sistemico-relazionale, avviato in seguito a un periodo di marcato stress lavorativo e comparsa di attacchi di panico. Il trattamento consente una riduzione della sintomatologia ansiosa, ma non affronta in modo approfondito i nuclei depressivi, dipendenti e controllanti, che restano come modalità stabili di funzionamento.

Profilo interno del disturbo

Il funzionamento di Amélie può essere compreso come l'esito dell'interazione tra vulnerabilità disposizionali, stati mentali ricorrenti e un sistema di credenze e antiscopi centrato sul valore condizionato. Questi elementi regolano la sintomatologia in modo prevedibile.

I sintomi depressivi si attivano in corrispondenza di eventi relazionali di svalutazione percepita e di confronto con persone "riuscite". Per esempio, dopo una riunione in cui Madeleine commenta una sua proposta in modo freddo, Amélie racconta di pensare: "Non sono capace, si accorgerà che non valgo niente". Conseguentemente compaiono vergogna e tristezza, evitamento del contatto con l'amica e restrizione dell'alimentazione a scopo punitivo. In modo analogo, dopo una visita a un'amica con un figlio, Amélie trascorre diverse ore confrontandosi con lei e sperimentando un annichilente senso di inferiorità. Nei giorni seguenti non riesce a smettere di ripetersi: "Io non ho niente da dare, non ho costruito nulla", con conseguente ritiro, pianto e sensazione di vuoto.

Dal punto di vista degli stati mentali, Amélie oscilla prevalentemente tra una modalità di accudimento-compiacenza e una modalità di impotenza-vuoto. Nella prima, che costituisce il suo assetto abituale, si organizza intorno allo scopo di mantenere il legame ed evitare il rifiuto: anticipa i bisogni altrui, sopprime le richieste personali, si sforza di essere "la persona che non dà problemi e si prende cura di tutti". Nella seconda, che emerge soprattutto quando i desideri e bisogni personali si fanno più urgenti, prevalgono vissuti di inutilità e stallo: Amélie rinuncia ad agire, si isola, sente di "non avere direzione". A regolare le oscillazioni interviene un insieme di antiscopi rigidi – "non deludere", "non disturbare", "non mostrare bisogni", "non fallire".

Le modalità di regolazione emotiva risultano fortemente influenzate da disfunzioni metacognitive. Amélie mostra una bassa fiducia nella propria capacità di regolare le emozioni, e ciò la porta a preferire strategie di soppressione emotiva e di ipercontrollo. La fusione cognitiva con il pensiero depressivo le rende difficile mettere in discussione le valutazioni su di sé. Le difficoltà di decentramento la portano ad attribuire a sé la responsabilità di stati mentali e comportamenti altrui.

Il sistema di credenze patogene può essere sintetizzato in alcuni enunciati centrali, che emergono con costanza nei laddering condotti in seduta.

Credenze

"Non ho il diritto di stare male."

Laddering

Se mi concedo di stare male → divento un peso → fallisco nel mio ruolo di "quella che accudisce" → gli altri si stancano → resto sola → questo conferma che non valgo.

Credenze**Laddering**

“Se esprimo ciò che voglio, Se dico cosa desidero → posso entrare in conflitto → l’altro può vedermi rischio di rovinare tutto.” egoista → può perdere fiducia e allontanarsi → rimarrei senza nessuno → la mia esistenza perderebbe senso.

“Esisto solo se sono utile.” Se non ho un ruolo di cura → la mia presenza non serve → posso essere facilmente dimenticata → è come se non esistessi.

In sintesi, il funzionamento di Amélie appare rappresentato dai seguenti temi transdiagnostici:

- il valore personale come condizionato alla prestazione e all’utilità per l’altro;
- il desiderio individuale come pericoloso perché potenzialmente distruttivo per il legame;
- il timore di un annullamento identitario quando viene meno un ruolo di servizio o di cura;
- la colpa come esito inevitabile di qualsiasi deviazione dallo standard perfezionistico.

Fattori e processi di mantenimento

Il funzionamento psicopatologico di Amélie è sostenuto da una serie di processi ricorsivi che si auto-rinforzano e ostacolano una remissione spontanea dell’episodio depressivo.

Sul piano intrapsichico prevale una critica interna severa. Ogni percezione di errore, deviazione dallo standard o bisogno viene tradotta in giudizi morali con produzione secondaria di colpa e vergogna. Tali emozioni amplificano il rimuginio autoinvalidante e complicano ulteriormente la regolazione degli stati mentali primari. Questo porta Amélie a ricorrere a strategie punitive, che a loro volta amplificano il vissuto di indegnità.

Inoltre, le emozioni negative sono considerate pericolose, con conseguente tendenza alla soppressione: Amélie si sforza di “funzionare”, minimizza la sofferenza e si affida al controllo come strumento di regolazione. Ridurre le porzioni, saltare i pasti, “mettersi in riga” le consente di sperimentare, nell’immediato, un sentimento di padronanza laddove si sente confusa o sopraffatta; nel medio periodo, però, tale strategia impoverisce le risorse fisiche e mentali, aumenta la vulnerabilità e conferma la rappresentazione di sé come persona indegna di amore.

I tratti di personalità dipendenti contribuiscono in modo rilevante al mantenimento del quadro. Anteporre sistematicamente l’altro a sé riduce il rischio di conflitto, rifiuto o abbandono. Tuttavia, questa modalità produce un progressivo svuotamento identitario: più Amélie si adatta, meno riesce a riconoscere chi è e cosa vuole, alimentando l’idea di “non avere nulla di proprio da mettere al mondo”. L’evitamento metacognitivo blocca inoltre la possibilità di integrare emozioni, pensieri e bisogni in una narrazione

coerente, mantenendo il sé frammentato tra un'immagine accudente-efficiente e un nucleo interno vissuto come vuoto e difettoso.

Anche i processi interpersonali contribuiscono alla stabilizzazione del disturbo. Nelle relazioni significative, Amélie regola il proprio comportamento sulla base di ciò che ritiene sia atteso da lei. Quando percepisce segnali di distanza o giudizio si ritira emotivamente e aumenta lo sforzo di “fare meglio”. In questo modo, gli altri ricevono pochi indizi su ciò che prova e tendono a mantenere una distanza che Amélie legge come conferma del suo disvalore.

In sintesi, la remissione spontanea è impedita dal fatto che le stesse modalità che in passato hanno permesso ad Amélie di sopravvivere psichicamente in contesti relazionali complessi continuano ad essere utilizzate in modo rigido anche oggi, in assenza delle condizioni originarie.

Scompenso

Lo scompenso di Amélie si sviluppa nell'arco di circa un anno, quando tre eventi concatenati incrinano il suo equilibrio:

- La morte della nonna paterna (2022), oggetto principale della sua funzione di cura per oltre quindici anni, dissolve il ruolo che aveva sostenuto la sua identità adulta: essere indispensabile, utile, affidabile. Con la scomparsa di questo compito, Amélie sperimenta un improvviso vuoto di funzione e di valore, come se non sapesse più “a cosa servire”.
- Nello stesso periodo inizia a lavorare nello studio di Madeleine, con cui ha una relazione segnata da ambivalenza e dinamiche gerarchiche. Questo rapporto attiva continuamente il sistema motivazionale interpersonale di rango della paziente, che la porta ad interpretare ogni atteggiamento o comportamento dell'amica come prova di inferiorità personale.
- L'avvio del percorso di PMA destabilizza ulteriormente il funzionamento, in quanto riattiva temi identitari – corpo, desiderio, progettualità futura, possibilità di “essere come le altre” – che Amélie non riesce ad integrare. Il fallimento dei tentativi di gravidanza e la sospensione del percorso amplificano i vissuti di indegnità già presenti, rendendo il desiderio stesso di generatività pericoloso e fonte di colpa e vergogna.

Vulnerabilità

La vulnerabilità di Amélie si radica in un contesto evolutivo che ha organizzato il suo funzionamento interno sulla negazione dei bisogni individuali e sull'assunzione di ruoli di cura. La famiglia non ha offerto spazi emotivi sicuri: la madre, svalutante e critica sul piano corporeo e morale, e il padre, affettivamente ritirato, non hanno rappresentato figure capaci di rispecchiare il vissuto soggettivo della paziente. Non solo: le esperienze relazionali precoci di Amélie sono segnate da trascuratezza emotiva da

parte del padre e da atteggiamenti psicologicamente abusanti da parte della madre. Parallelamente, la nonna paterna ha richiesto un investimento di cura costante, che ha consolidato drammaticamente lo schema di valore condizionato alla funzione accudente.

Per ridurre il rischio di ricaduta non è sufficiente intervenire sul solo quadro sintomatologico: è necessario trasformare il sistema di significati che sostiene il problema, che a sua volta si fonda nello sviluppo traumatico.

Contratto e scopi del trattamento

“Mia piccola Amélie, lei non ha le ossa di vetro: lei può scontrarsi con la vita. Se lei si lascia scappare questa occasione, con il tempo sarà il suo cuore che diventerà secco e fragile come il mio scheletro.

Perciò si lanci, accidenti a lei!”

Jeunet, *Il favoloso mondo di Amélie*, 2001

Il contratto terapeutico viene definito nelle prime sedute in modo collaborativo. Si concorda un percorso a medio-lungo termine, con sedute settimanali in setting online, all'interno di un orientamento integrato con elementi di CBT, Schema Therapy, Compassion Focused Therapy e Terapia Metacognitiva Interpersonale. Gli obiettivi generali del trattamento riguardano:

- il riconoscimento e la legittimazione della sofferenza depressiva;
- la ristrutturazione delle credenze sul valore condizionato, sul pericolo del desiderio e sulla necessità di essere perfetta;
- il potenziamento della regolazione emotiva, con attenzione a vergogna, colpa e tristezza;
- la costruzione e il consolidamento di una parte adulta compassionevole, in grado di contenere le altre parti del sé e di orientare l'autodirezionalità;
- la promozione di un senso di valore personale stabile e non condizionato;
- l'ampliamento dello spazio del desiderio e della progettualità.

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento

In linea con la formulazione del caso, il trattamento si articola intorno ad alcune aree problematiche centrali; per ciascuna, vengono descritti il rationale clinico, la linea strategica e le tecniche terapeutiche, in continuità con gli obiettivi di cambiamento.

Schema depressivo di indegnità e autosvalutazione cronica

I pensieri automatici e le credenze di indegnità sono il nucleo che organizza l'esperienza depressiva. Nel caso di Amélie, tali contenuti emergono in corrispondenza di eventi interpersonali percepiti come

svalutanti, che innescano il rimuginio autocritico. La strategia mira a condividere il funzionamento depressivo, chiarendo i legami tra eventi, pensieri e conseguenze. Parallelamente, si aumenta la differenziazione rispetto alle credenze patogene e si potenzia la self-compassion.

In questa cornice vengono utilizzate: la ricostruzione di episodi critici secondo il modello ABC; la compilazione di diari dell'autocritica; il laddering e il dialogo socratico per definire e mettere alla prova le credenze core; la ricostruzione della storia di vita per collocare la sofferenza nel contesto evolutivo e ridurre la percezione di difettosità personale; pratiche di CFT finalizzate ad attivare una postura interna più accogliente e protettiva verso le parti vulnerabili del Sé.

Ipercontrollo corporeo, emotivo e relazionale

L'ipercontrollo rappresenta per Amélie una strategia di compensazione rispetto alla percezione di fragilità nella regolazione emotiva e identitaria; esso produce un sollievo immediato, ma a lungo termine irrigidisce il funzionamento. La strategia terapeutica prevede di interrompere i circoli viziosi innescati dalle modalità di coping centrate sul controllo, sostituendolo progressivamente con una funzione regolativa più matura e flessibile.

A questo scopo vengono introdotte tecniche di regolazione emotiva per aumentare la mastery senza ricorrere al controllo; compiti esperienziali che prevedono azioni intenzionalmente "non produttive", osservandone gli esiti emotivi; esercizi di esposizione al desiderio, in cui Amélie è invitata ad esprimere bisogni e preferenze tollerando l'ansia associata.

Inibizione del desiderio e colpa legata all'espressione di sé

Nel funzionamento di Amélie il desiderio personale è associato a pericolo, egoismo e rischio di perdita del legame. Questo produce un evitamento sistematico dell'espressione della propria soggettività. La strategia terapeutica consiste nel legittimare la dimensione del desiderio come componente sana dell'identità – ristrutturando la credenza che sia dannoso per gli altri – e nel permettere ad Amélie di sperimentare che è possibile stare in relazione senza rinunciare a sé.

Vengono utilizzati: interventi di dialogo tra parti del sé e tecnica delle sedie per mettere in scena il conflitto tra parte desiderante, parte critica e parte compiacente; procedure di imagery with rescripting su episodi in cui il desiderio è stato punito o ridicolizzato.

Sottomissione relazionale e difficoltà di definizione e differenziazione del Sé

Lo stile sottomesso che caratterizza Amélie la porta a regolare il proprio comportamento sulle aspettative percepite degli altri, a scapito dell'autenticità. La sicurezza relazionale richiede la possibilità di dissentire, porre limiti e differenziarsi senza che il legame vada in frantumi. La strategia terapeutica è orientata alla

costruzione di un Sé relazionale più differenziato, in grado di restare in contatto con gli altri senza fondersi con le loro richieste, e alla verifica empirica dell'ipotesi che l'autoespressione distrugga il legame. In seduta vengono proposti role-play di conversazioni “difficili” per potenziare l'assertività; particolare attenzione è dedicata alle flessioni o rotture dell'alleanza terapeutica, valorizzando i momenti in cui Amélie si espone con richieste o esitazioni.

Costruzione e consolidamento della parte adulta regolativa

In linea con il modello della Schema Therapy, il cambiamento passa attraverso lo sviluppo di una parte adulta integrata e compassionevole, capace di prendersi cura delle parti vulnerabili e di modulare l'influenza delle parti critiche. Nel caso di Amélie, questa funzione è poco accessibile nei momenti di attivazione depressiva e conflitto relazionale. La strategia terapeutica prevede di identificare e rafforzare la parte adulta, e di favorirne l'uso intenzionale nella vita quotidiana.

A tal fine si lavora sulla costruzione narrativa e simbolica della parte adulta; su esercizi di dialogo interno guidato in cui tale parte si rivolge alla bambina, alla parte punitiva e a quella compiacente; sul rinforzo dei momenti in cui Amélie agisce da tale posizione. Vengono integrate pratiche di self-compassion, con l'obiettivo di stabilizzare questa modalità di funzionamento.

Descrizione della terapia

Il trattamento è in corso e, al momento della stesura, sono state effettuate 54 sedute a cadenza settimanale. Il lavoro si è organizzato in fasi successive, con alcuni aggiustamenti in itinere guidati dall'osservazione del processo terapeutico.

Sedute 1–8: Cornice, sicurezza e mappatura iniziale

Nelle prime sedute la priorità è stata costruire un contesto relazionale sufficientemente sicuro, in cui Amélie potesse portare la sofferenza senza il timore di “disturbare”. Il lavoro è stato impostato sulla ricostruzione della storia di vita, dei vissuti traumatici e degli episodi recenti di sofferenza, rendendo osservabili le sequenze ricorrenti. In parallelo, la restituzione dell'assessment è stata integrata per costruire una comprensione condivisa e rendere più “leggibile” nel qui-e-ora l'esperienza soggettiva della paziente.

Sedute 9–25: Schemi depressivi e regolazione di base

In questa fase l'intervento si è concentrato sul rendere più governabile lo schema depressivo e i suoi passaggi tipici, sostenendo un incremento della tolleranza ai vissuti emotivi. Il materiale clinico è rimasto ancorato a situazioni concrete portate da Amélie, utilizzate per: riconoscere i pensieri depressogeni ricorrenti; distinguere e regolare emozioni primarie e reazioni secondarie; costruire modalità più stabili di regolazione. La dimensione corporea è stata introdotta attraverso interventi di consapevolezza e

radicamento, finalizzati a restare in contatto con l'esperienza emotiva senza ricorrere alle strategie di controllo o evitamento abituali.

Sedute 26–39: Parti del Sé e desiderio

Nel prosieguo, l'attenzione si è spostata maggiormente sugli atteggiamenti accudenti-controllanti, con l'obiettivo di ampliare lo spazio del desiderio e dell'autodeterminazione senza collassare nella colpa o nel timore di rifiuto. È iniziato il lavoro sulle parti del sé: la funzione critica e quella compiacente sono state rese più riconoscibili nei segnali precoci e nei loro effetti, e l'intervento si è orientato al rafforzamento di una posizione adulta più stabile, capace di tenere insieme bisogno e limite.

Seduta 40: Impasse e riparazione dell'alleanza terapeutica

Intorno alla quarantesima seduta è divenuta evidente una discrepanza: Amélie appariva competente e collaborativa, con buona capacità narrativa e comprensione del lavoro svolto, ma la sofferenza rimaneva invariata e il cambiamento risultava più "enunciato" che esperito. È stato quindi avviato un approfondimento in supervisione, che ha portato a formulare l'ipotesi di un ingaggio reciproco in un ciclo interpersonale coerente con il funzionamento dipendente: Amélie tendeva a "fare bene la terapia", anticipando aspettative, minimizzando disaccordi e filtrando bisogni e rabbia; parallelamente, la terapeuta poteva essere sollecitata a mantenere il lavoro su un piano razionale, rinforzando involontariamente la stessa modalità di iperadattamento che consentiva la tenuta esterna ma limitava la trasformazione interna della paziente. A partire da questa lettura, la terapia ha dato maggiore centralità al processo relazionale: il tema dell'accomodamento è stato esplicitato, i segnali di autocensura e il timore di deludere sono stati riconosciuti e condivisi dalla paziente; si è costruito uno spazio in cui Amélie potesse sperimentare esitazione, disaccordo, richieste e rabbia senza minaccia al legame. La riparazione ha costituito un punto di svolta per il cambiamento terapeutico, consentendo un accesso più diretto ai temi affettivi e una maggiore autenticità in seduta.

Sedute 41–47: Differenziazione del Sé e riduzione delle modalità dipendenti

Dopo la riparazione dell'impasse, il lavoro ha assunto un andamento più trasformativo e centrato sulla differenziazione del Sé e sulle modalità dipendenti che, fino a quel momento, avevano limitato il cambiamento esperienziale. In questa fase, la terapia ha privilegiato interventi orientati a sostenere una posizione identitaria più autonoma e un'autodirezionalità coerente con i desideri personali.

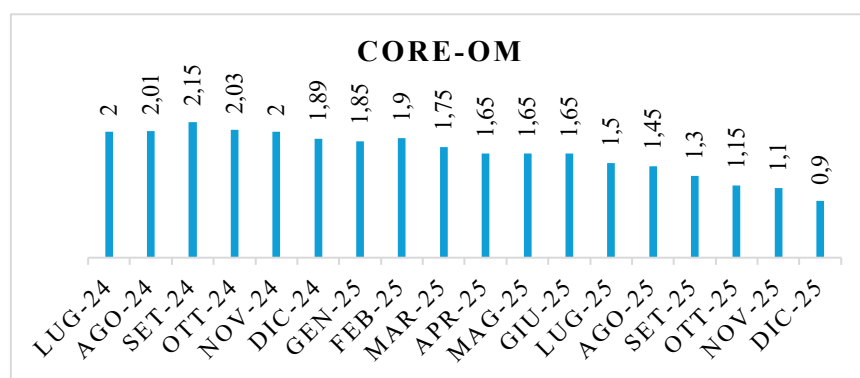
Sedute 48–54: Transizione esistenziale, separazione e fase attuale

L'ultima fase è stata attraversata da un cambiamento rilevante sul piano esistenziale: Amélie ha realizzato la decisione di interrompere la relazione con Nino. Questo passaggio rappresenta un evento clinicamente

denso, in cui Amélie tollera il lutto, l'ambivalenza e la paura della solitudine senza ricorrere in modo massivo alla sottomissione o al controllo come modalità di tenuta. In seduta il lavoro si è concentrato sul mantenere la continuità del sé durante la transizione, distinguendo tra colpa e responsabilità, tra dolore e fallimento, e sostenendo scelte coerenti con bisogni e limiti personali. La separazione ha inoltre reso più evidente la necessità di ridefinire confini e priorità in altri ambiti, con un'attenzione crescente alla stabilizzazione dei cambiamenti nella quotidianità.

Valutazione di esito

Nel corso della terapia, Amélie ha mostrato cambiamenti clinicamente significativi sul piano esperienziale, relazionale e comportamentale. A livello sintomatologico il grafico del CORE-OM evidenzia un decorso in due fasi. Nella prima parte del trattamento i punteggi si mantengono su valori elevati, in area moderata-grave. Solo successivamente si osserva una discesa progressiva, che porta il punteggio nell'area lieve e, infine, sotto la soglia clinica nell'ultima rilevazione di dicembre.



Sul versante metacognitivo, Amélie è divenuta più capace di riconoscere i propri stati mentali tipici: riesce a nominarli e a descrivere scopi e timori associati, ed è diminuita la fusione con i contenuti autocritici. Tale consapevolezza, inizialmente cognitiva, ha acquisito nel tempo una qualità più esperienziale. Parallelamente, si è osservato un miglioramento nell'identificazione delle parti del sé e nell'avvio di un dialogo interno più organizzato.

Per quanto riguarda il rapporto con l'alimentazione, nella fase finale del percorso Amélie ha mostrato maggiore flessibilità, in corrispondenza di una minore necessità di accedere a questa modalità di coping. Questo si è tradotto in una minore rigidità nella regolazione dell'alimentazione, in un incremento di episodi di alimentazione regolata sul piacere, e in una maggiore capacità di leggere la spinta al controllo come segnale di vulnerabilità. L'obiettivo non è stato la normalizzazione del comportamento, ma la trasformazione del significato.

Sul piano relazionale, la trasformazione più strutturale ha riguardato la progressiva legittimazione del bisogno e del desiderio e una maggiore tolleranza del disaccordo. Dopo la fase di impasse e la successiva riparazione dell'alleanza, la paziente ha potuto sperimentare che l'espressione di parti meno desiderabili di sé non solo non compromette il legame, ma può consolidarlo, e rendere la relazione un contesto trasformativo.

L'ultima fase del trattamento è contrassegnata da un cambiamento concreto e ad alto impatto sul piano identitario. La scelta di interrompere la relazione con Nino viene letta come punto di arrivo di un processo di differenziazione del Sé in cui la paziente ha via via riconosciuto la distanza tra la propria vita e i bisogni e valori autentici. La separazione ha comportato una fase iniziale di sofferenza emotiva, ma nel prosieguo si è associata ad un incremento di agency, a una maggiore definizione dei propri desideri e a una riduzione della sensazione di recitare un ruolo.

Considerato l'andamento del caso, la fase attuale richiede soprattutto un lavoro di consolidamento e prevenzione delle ricadute, finalizzato a stabilizzare i progressi raggiunti e a renderli maggiormente trasferibili nei contesti della vita quotidiana. In questa prospettiva, è importante rinforzare l'uso sistematico delle strategie risultate efficaci, così da ridurre il rischio di regressioni nei momenti di maggiore vulnerabilità o stress. Un obiettivo prioritario riguarda inoltre l'aumento della continuità tra seduta e vita reale, attraverso un monitoraggio più mirato e la definizione di un piano di prevenzione delle ricadute (segnali precoci, situazioni a rischio e risposte protettive), mantenendo il focus sul mantenimento del cambiamento nel tempo.

Il caso di Amélie restituisce una traiettoria non tanto "dal sintomo alla soluzione" quanto "dalla funzione al soggetto". Per molto tempo la sua vita è stata sostenuta da un equilibrio efficace ma costoso. In questo assetto la depressione era l'esito coerente di una rinuncia ripetuta: ad essere vista, a chiedere, a contraddire, a desiderare. Il prezzo era un'esistenza "meccanica", in cui il funzionamento esterno restava in piedi mentre il senso di sé si svuotava. Il lavoro clinico ha incontrato lo stesso paradosso: Amélie poteva sembrare riflessiva e "brava" anche in terapia, ma quella competenza apparente rischiava di diventare un'altra forma di compiacenza, una collaborazione senza trasformazione. Quando il trattamento ha riconosciuto e riparato questo punto cieco dell'alleanza – l'essere state, entrambe, catturate in un ciclo in cui la sottomissione trovava una collocazione "sicura" anche nel setting – si è aperto lo spazio del cambiamento. In questo senso, il rimando al "*Favoloso mondo di Amélie*" non è decorativo: anche l'Amélie del film vive a lungo dentro un iper-adattamento silenzioso, finché non le diventa possibile rischiare la propria vita affettiva invece di orchestrare quella altrui. E qui sta la chiusura: il percorso ha accompagnato Amélie dal prendersi cura degli altri come condizione per sentirsi amata al prendersi cura di sé come atto intenzionale; dal controllo come unica garanzia di tenuta alla possibilità di riconoscere, legittimare e sostenere il proprio desiderio.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Carcione, A., Semerari, A. & Nicolò, G. (2011). *Curare i casi complessi: La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Roma: Laterza.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Muran, J.C. & Eubanks, C.F. (2021). *Il terapeuta sotto pressione: Riparare le rotture dell'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Nicolò, G. & Carcione, A. (2012). *Manuale dei disturbi di personalità: Teoria, diagnosi e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Perdighe, C. & Gragnani, A. (2021). *Psicoterapia cognitiva: Comprendere e curare i disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2019). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.

Margherita Strumia, Psicologa Psicoterapeuta, Roma
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Isola e Reda
e-mail: margheritastrumia.psicologa@gmail.com

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

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it