

# psicoterapeuti in-formazione

Semestrale a cura degli studenti della Scuola di Specializzazione in  
Psicoterapia Cognitiva e dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

Numero 32, dicembre 2023

ISSN 2035-2328

## ARTICOLI TEORICI

- |                                |  |           |
|--------------------------------|--|-----------|
| Sabrina Consumati              | <i>Autocritica e Self-compassion: il confronto e il conforto nel dialogo interiore</i>   | pp. 3-23  |
| Carolina Papa e Erica Pugliese | <i>La disconnessione come cura: il conflitto di dipendenza nella terapia del trauma complesso</i>                                | pp. 24-53 |
| Ramona Fimiani                 | <i>Oltre i modelli di trattamento: i meccanismi di cambiamento in psicoterapia</i>   | pp. 54-75 |
| Giulia Natalucci               | <i>Adozione internazionale, trauma e dissociazione: lo Star Model e l'applicazione di tecniche terapeutiche in età evolutiva</i> | pp.76-101 |

## CASI CLINICI

- |                                |   |             |
|--------------------------------|---|-------------|
| Giorgio Albani                 | <i>Catia l'ossessiva e la sua rinascita</i>   | pp. 102-121 |
| Sabrina Consumati              | <i>Alice e il timore dell'umiliazione: "forse ci tiene però...!"</i>  | pp. 122-137 |
| Carolina Papa e Erica Pugliese | <i>Alice: un caso di trauma complesso concettualizzato attraverso il Modello Cognitivo delle Dipendenze Affettive Patologiche</i> | pp. 138-156 |
| Ramona Fimiani                 | <i>Il caso di Eva: una solitudine popolata di presenze interne ostili</i>   | pp. 157-177 |
| Giorgio Albani                 | <i>Il caso del signor N. e dei suoi "inseparabili" oggetti</i>  | pp. 178-196 |

# psicoterapeuti in-formazione

DIRETTORE

Claudia Perdighe

RESPONSABILI DI REDAZIONE

Chiara Mignona, Giuseppe Romano,

COMITATO DI REDAZIONE

Marzia Albanese, Rossella Cascone, Elena Cirimbilla, Gilda Franceschini, Alessandra Iannucci, Chiara Lignola, ,  
Giulia Pelosi, Chiara Riso, Priscilla Rosini, Caterina Villirillo

**Iscrizione ISSN 2035-2328**

Psicoterapeuti in formazione è frutto del lavoro di un progetto di studio degli specializzandi delle scuole di formazione APC e SPC. Sede di Roma: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193

Mail: [psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)

Sito: [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

di

Claudia Perdighe

Diversi studi confermano che sviluppare un sé compassionevole può aiutare a diminuire l'autocritica e gestire i momenti più difficili in modo più adattivo, con un nuovo soundtrack della nostra giornata. Sabrina Consumati nell'articolo ***Autocritica e Self-compassion: il confronto e il conforto nel dialogo interiore***, affronta questo tema e, nello specifico, come sviluppare abilità compassionevoli verso il sé aiuta a migliorare il modo in cui ci avviciniamo alle emozioni difficili perché, anziché combatterle e sviluppare problemi secondari, ci apriamo all'accettazione delle cose per come sono e a cosa possiamo fare per esserci d'aiuto.

La rilevanza di fattori relazionali nella comprensione dell'efficacia terapeutica è uno dei temi più ampiamente condivisi e discussi (in particolare: il grado di alleanza, l'empatia percepita dal terapeuta, la motivazione del paziente, la capacità del terapeuta di adattare il proprio lavoro alle caratteristiche specifiche del singolo paziente, il livello di autenticità del paziente e del terapeuta). Generalmente è assunto come vero che l'aspetto centrale di efficacia terapeutica è la qualità della relazione, un fattore aspecifico quindi. Nel loro articolo ***La disconnessione come cura: il conflitto di dipendenza nella terapia del trauma complesso***, Carolina Papa e Erica Pugliese affrontano in modo più specifico il tema, provando a rispondere alla domanda: come creare una relazione curativa, fatta di vicinanza e sana dipendenza, in pazienti che hanno vissuto traumi complessi, il cui esito principale è proprio la difficoltà a sviluppare relazioni di fiducia e affidamento all'altro?

Decenni di ricerca attestano costantemente che il paziente, il terapeuta, la loro relazione e il metodo di trattamento agiscano di concerto nel determinare l'efficacia della psicoterapia. Questo è il tema che appassiona Ramona Fimiani nell'articolo ***Oltre i modelli di trattamento: i meccanismi di cambiamento in psicoterapia***. Il dubbio è: è una risposta utile e sufficiente? La collega illumina il fatto che i risultati delle meta-analisi suggeriscono che una terapia personalizzata sia più efficace che fornire una terapia basata su un manuale di trattamento per uno specifico disturbo: la responsabilità appropriata rappresenta l'essenza della buona pratica. Dall'altro lato l'idea di poter prescrivere una responsabilità appropriata contiene in sé un paradosso: valutare *post* un intervento (per tempo, contesto) è efficace, ma con il paradosso che è difficile specificare in anticipo quali

interventi siano giusti. Tale fenomeno è stato nominato “fenomeno Pirsig”: le persone sembrano in grado di giudicare la qualità di molte cose, ma non sono in grado di specificare in generale in cosa consista la qualità. Quale soluzione allora? Una soluzione è offerta da una pratica guidata da una accurata formulazione del caso. “La ricerca ha dimostrato che psicoterapeuti esperti propongono formulazioni del caso parsimoniose, sintetiche e clinicamente rilevanti per il processo e l’esito del trattamento. Tali formulazioni offrono l’opportunità non solo di comprendere l’esperienza soggettiva del paziente ma conseguentemente di prendere decisioni clinicamente appropriate e di personalizzare l’intervento”.

Gaia Natalucci, rimanendo in ambito evolutivo, ci presenta difficoltà nella terapia con bambini adottati, con varie forme di esposizione a traumi e frequenti disturbi dissociativi che, se diagnosticati, sono spesso il primo passo per una buona relazione terapeutica. Benché non esista una terapia "unica" per i problemi presentati dai bambini adottati, nel lavoro ***Adozione internazionale, trauma e dissociazione: lo Star Model e l’applicazione di tecniche terapeutiche in età evolutiva***, viene presentato lo StarModel, che offre un buon modo di considerare sia la valutazione che il trattamento dei sintomi legati al trauma, come la dissociazione.

Il caso di Giorgio Albani, **Catia l’ossessiva e la sua rinascita** ha diversi aspetti di originalità. Dal mio punto di vista il primo è un tema di confusione sull’orientamento sessuale, che si profila come dubbio ossessivo e che ha alla base una strategia di protezione dal timore di essere abusata, a fronte di un abuso sessuale subito nell’infanzia. Un secondo aspetto interessante è il modo in cui viene descritta la terapia: in modo poco schematico e formale, ma soprattutto con ampi stralci di terapia raccontati con il dialogo tra la paziente e il terapeuta.

Il caso che segue, **Alice e il timore dell’umiliazione: “forse ci tiene però...!”** di Sabrina Consumati, ha sempre come tema il timore di rendersi vulnerabile se mostra interesse per un uomo, anche se sulla base di esperienze diverse. Quando Alice prova interesse per un uomo, evita di “ammettere” il suo interesse perché questo la metterebbe nella condizione di mostrarsi debole. Mostrarsi debole significa dare potere all’altro di umiliarla e ferirla. Per evitare di essere umiliata, Alice sente di doversi accertare di potersi fidare del tutto dell’altro, che crede però umiliante e non degno di fiducia. La ricerca di questa certezza (mi posso fidare dell’altro) si concretizza nel perseguimento dello scopo di evitare scelte superficiali. Questo la porta a prendere tempo per valutare le “reali intenzioni” dell’altro: “se ti rifiuto e tu insisti e vai oltre i miei paletti, allora ci tieni.” Il suo prendere tempo e rimanere affettivamente e fisicamente distante fa però allontanare l’altro, cosa che



conferma il timore che l'altro possa non essere sinceramente interessato, nonché di essere una persona che, non generando "vero interesse" nell'altro, non ha valore (inadeguata, non amabile).

Carolina Papa e Erika Pugliese presentano *Il caso Alice: un caso di trauma complesso*. Alice è una donna che ha subito abusi sessuali perpetrati nel tempo per mano del padre e che giunge in psicoterapia a seguito del lutto improvviso e traumatico della sua migliore amica. Il profilo interno viene concettualizzato attraverso il Modello Cognitivo delle Dipendenze Affettive Patologiche, che si focalizza su come le esperienze precoci avverse possono portare allo sviluppo di diverse parti patologiche a partire dai bisogni insoddisfatti di amore, dignità e sicurezza. Tutto il funzionamento della paziente è regolato dal principale antiscopo di non perdere la relazione con un altro abusante: le diverse parti patologiche si attivano sempre al mantenimento della relazione con le figure di accudimento, fino ad arrivare allo stato misto nel quale la paziente mette in atto gesti anticonservativi.

Il lavoro di Ramona Fimiani, *Il caso di Eva: una solitudine popolata di presenze interne ostili*, descrive il caso di una ragazza di 20 anni di origini brasiliane che giunge in consultazione a seguito di una segnalazione per un problema di rifiuto scolastico. Ha alle spalle un percorso accademico complesso contrassegnato da ripetuti fallimenti, non ha relazioni amicali o sentimentali, evita tutte situazioni sociali e trascorre gran parte del suo tempo da sola nella sua stanza. La sua condizione di solitudine è il sintomo di un ambiente familiare trascurante e invalidante, incapace di cogliere i suoi segnali di sofferenza. Eva crede di meritare profondamente la sua condizione, lo stigma e il rifiuto altrui. Il perimetro della sua stanza rappresenta, quindi, una trincea contro un mondo percepito come profondamente ostile e l'ottundimento emotivo come una fuga psicologica da una sofferenza intollerabile. Il trattamento ha rappresentato l'opportunità per Eva per costruire una relazione intima, emotivamente correttiva delle esperienze dolorose del passato.

Il numero si conclude con un caso piuttosto raro da documentare, dal momento che si tratta di disturbo da accumulo, patologia molto diffusa (tra il 3-5% della popolazione secondo le stime) ma difficilmente trattata; è un disturbo spesso egosintonico, difficilmente diagnosticato anche dai sanitari e con rare richieste di psicoterapia. *Il caso del signor N. e dei suoi "inseparabili" oggetti* è un caso clinico davvero esemplificativo del disturbo da accumulo (per esempio le fasi di peggioramento sono la malattia e poi la morte della moglie), ma soprattutto la descrizione di una terapia straordinariamente efficace. Giorgio Albani, infatti, seguendo sia una formulazione del

disturbo sia un percorso altamente individualizzato, ci descrive un percorso che porterà il paziente a liberare gradualmente gli spazi occupati dall'accumulo e a recuperare risorse economiche.

## Autocritica e self-compassion: il confronto e il conforto nel dialogo interiore

Sabrina Consumati<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Studio di Psicoterapia Via Vincenzo Cesati 7, Roma

### *Riassunto*

Il presente lavoro propone una riflessione sul concetto di autocritica e di *selfcompassion* in relazione al benessere personale e alla realizzazione della vita che si vorrebbe. Dall'analisi separata dei due costrutti, si passa al ruolo dell'autocritica nella psicopatologia e alla potenzialità della *selfcompassion* come risorsa interna e fattore protettivo rispetto il problema secondario. Infine, vengono illustrate alcune tecniche utili allo sviluppo di un atteggiamento gentile verso se stessi e alle applicazioni nella clinica.

*Parole chiave:* autocompassione, compassione, autocritica, problema secondario.

### **Self-criticism and Self-compassion: comparison and comfort in internal dialogue**

#### *Summary*

The present paper offers a reflection on the concepts of self-criticism and self-compassion in relation to personal well-being and the pursuit of one's desired life. Moving from a separate analysis of these constructs, the focus shifts to the role of self-criticism in psychopathology and the potential of self-compassion as an internal resource and protective factor against secondary problem. Finally, several techniques useful in cultivating a compassionate attitude towards oneself are outlined, along with their applications in clinical settings.

*Key-words:* *self compassion, compassion, self criticism, secondary problem.*

### **Definizione di Self-compassion**

La *selfcompassion* o autocompassione indica un atteggiamento gentile e amorevole verso se stessi che si manifesta in un dialogo interiore caratterizzato dalla gentilezza. La compassione rappresenta una motivazione ad alleviare la sofferenza e la capacità di volgere uno sguardo di autentico aiuto verso le parti che soffrono.

Sabrina Consumati, *autocritica e self-compassion: il confronto e il conforto nel dialogo interiore*, N. 32, 2023, pp. 3-23

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

Il modello della Compassion Focused Therapy (CFT) nasce dagli studi di Gilbert (2000) per modulare l'autocritica e i sentimenti di vergogna nei confronti degli stati affettivi negativi dei pazienti depressi. Gilbert aveva notato che le tecniche cognitive standard di ristrutturazione cognitiva non erano sufficienti per cambiare le credenze "disfunzionali" che determinavano e mantenevano la psicopatologia depressiva. Gilbert notò che gli interventi di ristrutturazione avevano un'efficacia parziale poiché incontravano resistenze che andavano oltre la "logica" dei pensieri razionali, il loro *self-talk* rimaneva di un tono emotivo razionalizzante, freddo e squalificante. Gilbert quindi provò ad applicare delle tecniche per rendere più caldo il tono con il quale i pazienti si rivolgevano a se stessi, al fine, appunto, di ridimensionare l'autocritica e "sviluppare calore verso se stessi" (2000). La Terapia Focalizzata sulla Compassione nasce dall'incontro fra la teoria e le tecniche dell'approccio cognitivo comportamentale, la teoria dell'attaccamento e la neuropsicologia delle relazioni interpersonali e propone una nuova concettualizzazione della psicopatologia che si basa sull'attivazione di alcuni sistemi di regolazione emotiva del nostro cervello. La CFT concettualizza il cambiamento verso il benessere come un processo che si fonda sulla modulazione di sistemi motivazionali e affettivi, in connessione all'accudimento e all'attaccamento. L'attivazione della mentalità sociale (o sistema motivazionale) dell'accudimento può aiutare il paziente a trovare un'autoregolazione funzionale e adattiva a un livello più profondo rispetto il cambiamento "superficiale" delle credenze irrazionali (Petrocchi, Couyoumdjian, 2012).

La CFT parte dal presupposto che nel nostro cervello sono presenti tre sistemi di regolazione affettiva che determinano sia le nostre emozioni momento per momento sia le nostre motivazioni e i nostri comportamenti che sono guidati da scopi biosociali (mentalità sociali):

- Il sistema di protezione dalla minaccia (sistema rosso): è responsabile di quelle emozioni che sono reazioni alla percezione di una minaccia, parliamo quindi di ansia, paura, vergogna, disgusto, tristezza, rabbia gelosia e invidia, cioè quelle reazioni a eventi che ci indicano la compromissione di un nostro scopo e il bisogno di attivarsi per ristabilire o mantenere una condizione di sicurezza (safety). È un sistema che abbiamo "di default" che vede coinvolto il lavoro del sistema limbico: all'attivazione di questo sistema si attivano anche tutti quei processi cognitivi volti ad accertarsi e monitorare la minaccia in corso, come l'attenzione selettiva, il ragionamento confirmatorio, il ragionamento emotivo, lo stile di ragionamento iperprudenziale *better safe than sorry*, come anche i comportamenti protettivi e tutto ciò che è in nostro potere per gestire un pericolo.

- Il sistema di ricerca di stimoli e risorse (sistema blu): è responsabile delle emozioni che ci spingono a cercare risorse, a esplorare e prosperare. Emozioni energizzanti e ci segnalano quando i nostri scopi sono raggiunti. Questo sistema attiva le sensazioni di orgoglio e fiducia in se stessi, è legato al sistema dopaminergico ed entra in gioco quando entriamo nello stato mentale competitivo e quando ci sentiamo all'altezza degli standard imposti o autoimposti, cioè quando proviamo autostima.

- Il sistema calmante (sistema verde): la regolazione emotiva di questo sistema è caratterizzata da emozioni piacevoli di calma, appagamento, diverse dalle emozioni energizzanti del sistema blu. Rappresenta lo stato di quiete che proviamo quando non dobbiamo difenderci da minacce e quando non dobbiamo lottare per accaparrare risorse o raggiungere standard elevati. Rappresenta una sensazione di calma e sicurezza che viene attivata alla sensazione di sentirsi connessi agli altri e viene attivato dall'affiliazione, dall'attivazione del sistema delle endorfine e dal rilascio dell'ossitocina con la vicinanza interpersonale e il contatto affiliativo. L'attivazione di questo sistema comporta l'abbassamento della percezione di minaccia e la relativa attivazione difensiva. È stato osservato che la regolazione del sistema verde promuove il bilanciamento del sistema nervoso simpatico e parasimpatico che regola la variabilità del ritmo cardiaco (HRV Heart Rate Variability) (Porges 2007).

Secondo Gilbert (2023) a seconda delle prime esperienze relazionali significative e a seconda degli eventi di vita che caratterizzano la storia delle persone, l'organismo può "imparare" che è più conveniente permanere in un sistema o in un altro. Bambini che hanno vissuto esperienze di neglect, abusi o un'educazione basata sulla vergogna e il criticismo possono fare esperienza di un accudimento disfunzionale e rimanere più a lungo nel sistema rosso, in allerta. In questi casi il sistema rosso è iperattivato a discapito di una ipoattivazione del sistema verde.

Per gli esseri umani è fondamentale provare una coerenza tra pensieri ed emozioni e spesso i pazienti riportano di capire la logica di un pensiero più razionale, ma non sentirlo vero. Per essere davvero rassicurati da un pensiero, come "sono amabile", questo deve collegarsi all'esperienza emotiva di "essere amabili", o almeno di essersi "sentito amato" in momenti della storia di vita. Se a questo pensieri non si associano immagini e sensazioni connotate da emozioni piacevoli di calma e affiliazione e se non abbiamo fatto esperienza di qualcuno che ha diretto verso di noi un'intenzione affiliativa, il pensiero può essere compreso a livello cognitivo, ma sentito poco ad un livello più profondo. Le persone che hanno pochi ricordi e che possono attingere ad un numero esiguo di esperienze in cui si sono sentiti amati o tranquillizzati possono manifestare difficoltà a sentirsi rassicurate o incoraggiate da pensieri alternativi. La CFT vuole recuperare e sviluppare la

mentalità sociale basata sull'accudimento e dirigere la consapevolezza delle persone verso i tre flussi compassionevoli: verso sé, verso gli altri, degli altri verso di noi. La selfcompassion rappresenta la compassione verso se stessi e mira all'attivazione di un *mind-set* basato sulla *motivazione di cura* affinché sia più facilmente accessibile e utilizzata per regolare l'iperattivazione del sistema rosso e del sistema blu (Gilbert; Simos, 2023).

Kristin Neff (2011) è stata una pioniera nell'esplorazione scientifica della selfcompassion, contribuendo allo studio di questo costrutto con numerose ricerche e articoli. Secondo Neff, la selfcompassion rappresenta la compassione diretta su sé stessi, sulla propria sofferenza, sullo stare *con* e *per* me e le mie emozioni più spiacevoli. Nella cornice teorica della CFT la selfcompassion si pone come elemento determinante per aiutare le persone a sviluppare l'autorassicurazione del sistema verde.

#### *Cosa è*

Goleman (2011) definisce intelligenza emotiva la capacità di conoscere e riconoscere le proprie emozioni e usare questa consapevolezza per guidare pensieri e comportamenti, senza quindi essere sequestrati dagli impulsi dettati dall'attivazione emotiva contingente, in modo tale da poter fare scelte in linea con i propri scopi e valori personali (Neff, 2011). La *selfcompassion* può essere definita come una forma di intelligenza emotiva, cioè un atteggiamento di apertura, accettazione e cura verso il proprio panorama emotivo interiore. La *selfcompassion* abbraccia tre elementi fondamentali che ne rappresentano la definizione più completa: *gentilezza verso se stessi*; *comune umanità*; *mindfulness* (Neff, Germer, 2022).

- *Gentilezza verso se stessi*: quando ci accorgiamo di aver fatto un errore spesso il nostro dialogo interno assume un tono aspro, di ammonimento. Aniché rassicurarci o dirci qualcosa di gentile per sostenerci e incoraggiarci, siamo spesso soliti criticarci. La gentilezza verso se stessi mira a contrastare questa tendenza piuttosto comune e a sostituire quel tono critico autoriferito con una voce più premurosa e incoraggiante che offre calore e accettazione incondizionata, soprattutto quando sopraggiungono difficoltà ed è dura raccogliere le forze per farvi fronte. La gentilezza verso sé è una grande risorsa a cui attingere in qualsiasi momento per ritrovare sicurezza e conforto.

- *Comune umanità*: mira a normalizzare la sofferenza come parte delle esperienze umane. Per accrescere il senso compassione è fondamentale provare un senso di interconnessione con gli altri che può essere esteso all'intera umanità: il senso di vicinanza e affiliazione facilita l'accesso al sistema verde. Significa riconoscersi parte dell'umanità e che tutti gli esseri umani sbagliano, sono imperfetti, tutti commettono errori e sperimentano momenti difficili.

L'autocompassione riconosce, accetta e onora il fatto che vivere comporta soffrire, che è qualcosa da cui non possiamo fuggire e che questo vale per tutti, senza nessuna eccezione. Spesso si fa fatica ad accettare gli eventi per quello che sono e ci illudiamo che le cose dovrebbero andare come noi vorremmo. Quando non è così e ne soffriamo, non solo soffriamo ma ci sentiamo soli e isolati nella sofferenza. Quando ricordiamo che il dolore fa parte dell'esperienza umana, però, ogni momento di sofferenza può rappresentare un momento di connessione con gli altri. Riconoscere questo attraverso la *selfcompassion* può aiutare a non isolarsi e sentire l'affiliazione con gli altri che condividono esperienze uguali o simili.

- *Mindfulness*: aiuta a sviluppare un atteggiamento consapevole e un'accettazione non giudicante verso i propri pensieri disfunzionali considerandoli come eventi mentali transitori, aiutando il paziente ad astenersi dall'aggrapparsi ad essi. Comporta essere consapevoli dell'esperienza momento per momento, essere aperti alla realtà del momento presente, lasciare che tutti i pensieri, le emozioni, le sensazioni entrino nella consapevolezza senza resistenza o evitamento. La mindfulness è una componente essenziale dell'autocompassione perché è fondamentale essere capaci di volgerci verso la nostra sofferenza e ammettere quando soffriamo, di "essere" con il dolore abbastanza a lungo da rispondervi con premura, consapevolezza e gentilezza. Negli esercizi di mindfulness è importante spiegare al paziente che la mente vaga ed è normale e giusto che sia così perché è una delle caratteristiche del nostro potenziale. È la nostra mente è fatta per pensare ed è normale che durante le pratiche di mindfulness, l'attenzione possa allontanarsi verso pensieri o immagini che compaiono spontaneamente nella mente. Gli esercizi della mindfulness mirano ad allenare la capacità del paziente di ancorare l'attenzione sul respiro, quindi sul qui ed ora, e osservare con curiosità tutto ciò che avviene mentre si è impegnati nel fare qualcosa di apparentemente molto semplice, come contare il respiro. Questo esercizio espone il paziente all'esperienza di vedere nuovi pensieri e immagini affacciarsi alla mente, distrarsi, e, riconoscendo questa dinamica, riportare *gentilmente* l'attenzione sul respiro. Le pratiche di mindfulness rappresentano anche un'esperienza diretta di come i pensieri come quelli basati sull'autocritica, possono essere qualcosa di passeggero, cioè semplici eventi mentali che abbiamo potere di osservare da una distanza critica e lasciare andare. Esercizi di questo tipo, osservo, lascio andare e torno sul respiro, rappresentano anche un'esperienza diretta di accettazione incondizionata di quello che c'è nel qui ed ora nella nostra mente, come manifestazione autentica di sé. La mindfulness contrasta la tendenza a evitare pensieri e emozioni spiacevoli e promuove un atteggiamento di calda accoglienza di tutto ciò che si palesa alla coscienza. Promuove la defusione, cioè la separazione metaforica tra la persona che pensa e i pensieri disfunzionali (Rossi, 2022). La

ruminazione infatti tende a restringere la nostra attenzione ed esagera l'esperienza. Quando la persona è "fusa" con i propri pensieri, succede che, se penso ad esempio di aver sbagliato, non ho semplicemente sbagliato, ma "io sono un fallimento", se penso di aver deluso, non ho semplicemente deluso, ma "io sono una delusione". Quando osserviamo questa dinamica con consapevolezza, possiamo porre una distanza critica tra noi e i nostri pensieri per creare uno spazio in cui possiamo aggiungere un approccio compassionevole verso i pensieri e i vissuti dolorosi. Per essere autocompassionevoli la pratica della mindfulness è il primo passo che dobbiamo compiere: abbiamo bisogno che la nostra mente sia presente, consapevole e lucida per rispondere in modo nuovo alle difficoltà.

#### *Cosa non è*

Soprattutto all'inizio i pazienti possono mostrare disapprovazione e perplessità verso il concetto di autocompassione. Le resistenze possono essere spiegate attraverso l'analisi delle credenze del paziente su cosa davvero sia la compassione e l'autocompassione. L'atteggiamento diffidente spesso blocca la capacità di essere compassionevoli, non a caso la diffidenza può manifestare la presenza di uno stato di allerta in atto: se il paziente è nel sistema rosso, sarà difficile essere convinto a sentirsi al sicuro. La diffidenza è di solito retta da credenze errate sulla compassione, per prevenire le resistenze può essere utile una psicoeducazione che spieghi come la compassione (Neff, Gremer, 2022):

- Non è autocommiserazione. Possiamo affermare invece che ne è un antidoto. Mentre l'autocommiserazione può avere parole quali "povero me" e operare una personalizzazione degli eventi spiacevoli, la *selfcompassion* riconosce che la sofferenza è una condizione umana. Ricordare che tutti periodicamente soffrono (comune umanità) può aiutare a non esasperare la portata delle proprie difficoltà (mindfulness) e diminuire l'atteggiamento scoraggiante verso se stessi.

- Non è per deboli. Una paura comune è che l'autocompassione ci renda deboli, pappemolli, vulnerabili. In realtà l'autocompassione è una fonte affidabile di forza interiore, a portata di mano, che infonde coraggio e aumenta la resilienza di fronte alle difficoltà.

- Non è egoismo. A volte i pazienti temono di diventare egocentrici o egoisti, credendo che fare qualcosa in più per sé significhi in qualche modo fare qualcosa in meno per gli altri. In realtà, dare compassione a se stessi consente di dare di più agli altri nelle relazioni personali. Le ricerche dicono che le persone compassionevoli tendono ad essere più premurose e di supporto nelle relazioni romantiche è più probabile che sappiano trovare punti di compromesso nei conflitti relazionali e sono più compassionevoli e clementi verso gli altri.



- Non è essere indulgenti. La compassione ci orienta verso la salute e il benessere a lungo termine, non verso il piacere a breve termine. In uno studio di Terry e Leary (2013) è stato osservato che le persone che mostravano punteggi alti di *selfcompassion* erano anche quelle che presentavano maggiore iniziativa personale nell'autoregolazione dei comportamenti che promuovono la salute.

- Non è giustificare i comportamenti cattivi. L'autocompassione offre la sicurezza necessaria per ammettere gli errori, anziché avere sempre bisogno di un capro espiatorio a cui dare la colpa. Le ricerche dicono che le persone autocompassionevoli assumono facilmente la responsabilità personale per le loro azioni ed è più probabile che chiedano scusa se offendono qualcuno.

- Non è spegnere l'aspirazione a puntare in alto. La maggior parte delle persone pensa che l'autocritica sia un elemento motivatore efficace, al contrario l'essere critici con se stessi può minare la fiducia in sé e aumentare il timore di fallire. Se siamo autocompassionevoli, saremo ancora motivati a raggiungere i nostri traguardi, non perché siamo inadeguati così come siamo, ma perché ci prendiamo cura di noi stessi e vogliamo sviluppare tutto il nostro potenziale. Dalle ricerche emerge che le persone con alti indici di autocompassione hanno anche standard personali elevati; semplicemente non si flagellano quando falliscono (Neff, 2003). Questo significa che hanno meno paura di sbagliare ed è più probabile che siano perseveranti nel loro impegno anche dopo un fallimento.

- Non è autostima: Neff (2011) ha constatato che i diversi studi volti a promuovere l'autostima miravano a aumentare la sensazione di essere "speciali e sopra la media". L'autostima, per definizione, implica una "stima di sé", una valutazione di ciò che c'è in riferimento a qualcos'altro. Il valore personale prende forma attraverso un confronto e questo ne rappresenta un limite: il sistema motivazionale attivo nel momento in cui valutiamo la nostra autostima è quello competitivo, di rango. La *selfcompassion* rappresenta l'alternativa che attinge al sistema motivazionale dell'accudimento: offre un senso del valore personale che non comporta l'essere perfetti o migliore di altri. Nella cultura occidentale avere autostima elevata implica l'emergere fra la folla, essere speciali e sopra la media. L'autocompassione è diversa dall'autostima, anche se sono fortemente collegate al benessere psicologico, divergono in vari modi significativi.

L'autostima è una valutazione in termini positivi del proprio valore personale. L'autocompassione non è un giudizio né una valutazione, ma un modo di relazionarsi al panorama interiore, continuamente mutevole, con gentilezza e accettazione, soprattutto nei momenti di difficoltà, quando falliamo e ci sentiamo inadeguati. L'autostima richiede che ci si senta migliori degli altri, l'autocompassione riconosce che siamo esseri umani imperfetti come tutta l'intera

umanità di cui facciamo parte. L'autostima c'è quando raggiungiamo lo scopo del successo, ma quando falliamo è non pervenuta. Al contrario, l'autocompassione è una fonte affidabile di sostegno da cui possiamo trarre forza e incoraggiamento soprattutto quando sentiamo di aver fallito. Rispetto all'autostima, l'autocompassione dipende di meno da condizioni come l'attrazione fisica o le performance di successo e dà un senso più stabile di valore personale nell'arco del tempo.

### **Autocritica**

L'autocritica è una forma di dialogo interiore autoriferito che esprime giudizi in maniera appunto critica, invalidante e giudicante. Gilbert (2004) indica tre diverse modalità con cui può esprimersi il dialogo interno: *inadequated self*, cioè una forma di autocritica in cui prevale il senso di sé di inadeguatezza; *hated self*, cioè l'autocritica caratterizzata dall'odio di sé e il cui tono interiore segue un sentimento di disprezzo, rabbia e disgusto verso se stessi, può manifestarsi con desiderio farsi male. Infine il *self reassurance*, che rappresenta una modalità *selfcompassion* di rivolgersi a se stessi in un modo più caldo e rassicurante. In CFT uno degli obiettivi principali è aiutare le persone a passare dall'autocritica ostile alla compassione di se stessi, cioè sviluppare una narrazione interiore che sia di supporto, creando un senso interno di base sicura. Le forme ostili di autocritica che si manifestano nei problemi di salute mentale sono definite da Gilbert *autocritiche distruttive* e possono essere devastanti per la persona sia nella manifestazione della psicopatologia sia nel suo mantenimento. Le *autocritiche costruttive* caratterizzano un tono basato sulla gentilezza e sono costruttive perché chi le riceve le riconosce a suo vantaggio (Gilbert, 2023).

L'attivazione del sistema di regolazione emotiva basato sulla minaccia entra in gioco quando la persona percepisce un pericolo ed è mosso dalla necessità di fare qualcosa per ristabilire la sicurezza. Secondo Paul Gilbert, quando criticiamo noi stessi attingiamo di fatto al sistema rosso. Quando la risposta allo stress viene innescata da una minaccia all'immagine di sé, è probabile che venga attivata una strategia di fronteggiamento: attaccare se stessi (autocritica), fuggire dagli altri (isolamento), o bloccarsi (ruminazione). Queste tre reazioni rappresentano il polo opposto delle tre componenti della *selfcompassion*. La pratica dell'autocompassione può regolare l'attivazione del sistema di difesa attivando il sistema di cura (Neff, Germer 2022).

Neff mette in evidenza come i ricercatori che studiano la motivazione abbiano osservato che il sistema di cura e accudimento verso se stessi mostra una correlazione positiva con il senso di autoefficacia e la capacità di raggiungere i propri obiettivi. L'autocritica portando l'individuo in uno stato di allarme (sistema rosso) non solo diminuisce il senso di sicurezza, ma disattiva anche il sistema blu di esplorazione minando le convinzioni di autoefficacia: in questo senso il dialogo

interno basato sul *self inadequated* e *self hated* ostacola l'individuo piuttosto che aumentarne la predisposizione a fare del proprio meglio.

Per comprendere le origini di questo meccanismo è importante esplorare il senso di sé percepito e capire come questo sia collegato alla storia di vita e ai ricordi emotivi che strutturano le rappresentazioni cognitive del paziente. Gilbert (2023) ipotizza: “consideriamo le prime volte in cui un bambino sperimenta le emozioni degli altri in un'interazione e che diventano le basi per le credenze su di sé. una credenza positiva come <<sono una persona competente e amabile>> è in realtà un modo per dire: <<nei miei sistemi di memoria sono immagazzinate varie esperienze emotive in cui ho suscitato emozioni positive negli altri e sono stato trattato in modo amorevole e competente – quindi sono amabile.>>. Ipotizziamo che i genitori mostrino disprezzo o ritirino il loro amore e si allontanino dal bambino. Ciò che viene interiorizzato è la perdita e il disprezzo. Il bambino svilupperà la credenza di essere una persona da cui allontanarsi e crederà di non essere amabile: <<nei miei sistemi di memoria ci sono esperienze di aver suscitato l'allontanamento degli altri e di essere stato trattato come indesiderabile – quindi sono indesiderabile>>”. Queste scene registrate nella memoria del paziente possono diventare dei “mini-coordinatori” dell'attenzione, del pensiero, delle emozioni e del comportamento: creano ricordi che riguardano stati corporei e mentali di quelle esperienze, non soltanto rappresentazioni cognitive. Le persone non sperimentano pensieri o credenze con un senso di distacco e scerve di emozioni. Il pensiero “ho fallito in qualcosa” non viene vissuto solo come una frase ma come un'intera gamma di implicazioni correlate a ricordi emotivi di fallimento e sensazioni fisiche. Se le esperienze di fallimento sono associate al perdono, all'accettazione, all'incoraggiamento o alle premure di altri, allora saranno vissute in modo diverso e con un senso di accettazione e tollerabilità rispetto a quando si associano a voci ostili, senso di vergogna e volti critici (Gilbert, 2023).

#### *Autocritica e vergogna interna/esterna*

Gilbert ha osservato la correlazione positiva tra l'emozione della vergogna e la spiccata tendenza all'autocritica. Gli individui che mostrano vergogna e autocritica presentano anche difficoltà a provare tenerezza, premura e calore verso se stessi, a regolare le emozioni e ad incoraggiarsi quando incontrano difficoltà. Gilbert (2023) individua la vergogna come una componente dell'autocritica e ne dà una definizione: la vergogna è “l'esperienza interiore di sé come agente sociale non attraente, spinto a limitare i possibili danni a se stesso attraverso la fuga o la sottomissione. Non importa se si è resi poco attraenti dalle proprie o altrui azioni, ciò che conta è il senso di mancanza di attrattiva personale, essere nel mondo sociale come un sé indesiderato, un sé che non si vuole essere”. La vergogna è una reazione automatica alla consapevolezza di aver perso

status e valore sociale e può derivare da esperienze di bullismo, umiliazione, disinteresse, separazione e isolamento. Tale esperienze rappresentano marker somatici di disconnessione dagli altri che si imprimono nella memoria del paziente e ne determinano l'aspettativa spiacevole del rifiuto dell'altro. Le conseguenze di questa vergogna-disconnessione possono essere non solo fonte di ansia, ma anche di aggressività, insensibilità, a volte crudeltà e rappresenta spesso la base di molti problemi di salute mentale. la vergogna disconnette e può arrestare gli sforzi di autoriparazione o di connessione sociale. Il senso di disconnessione, vulnerabilità e solitudine sono definite da Gilbert (2023) *vergogna esterna*, cioè una "coscienza pubblica di sé" la cui attenzione è rivolta all'esterno del sé e a come influenzare la mente dell'altro. I comportamenti di coping guidati dalla vergogna esterna potrebbero essere quelli di cercare di cambiare o controllare l'opinione che gli altri hanno di noi al fine di mantenere una buona immagine sociale. La *vergogna interna* o interiorizzata si ha quando si interiorizzano i giudizi negativi degli altri e si crea un senso di sé e un tono emotivo interno basato su queste critiche. Secondo Gilbert (2023) Le esperienze interne di vergogna iniziano sempre dall'esterno, dall'interiorizzazione di un tono critico in seguito all'esposizione a esperienze di vergogna. Ecco perché appare importante aiutare le persone a sviluppare un tono compassionevole: perché la *selfcompassion* stimola l'opposto dei copioni e delle scene di vergogna.

#### *Autocritica e problema secondario*

L'autocritica è un tratto clinico e la sua relazione con la psicopatologia è stata confermata da diversi studi. Werner (2019), in una rassegna sistematica in cui vengono messi a confronto 48 studi e confermata una relazione positiva tra autocritica e sintomi legati a disturbi alimentari, ansia sociale, disturbi di personalità e sintomi psicotici, mette in evidenza la presenza di autocritica non solo dietro sintomi depressivi, ma in diversi quadri clinici. Riconosce l'autocritica come un fattore transdiagnostico che può essere oggetto e target di trattamento psicoterapeutico.

L'autocritica rappresenta un *problema secondario* cioè una valutazione negativa attribuita ad un pensiero, ad una emozione o comportamento che manifestiamo in risposta ad un evento. Alla credenza "penso/provo x", l'autocritica aggiunge "penso che pensare/provare x sia inopportuno" (Perdighe, Gagnani, 2021). Il senso di disappunto è ciò che muove l'autocritica e che facilita il sorgere di una condizione psicopatologica nel momento in cui questa valutazione diventa ricorsiva e invalidante. L'autocritica, sia del tipo *self inadequate* sia *hated self*, rappresenta un importante fattore di mantenimento dei processi cognitivi psicopatologici.

#### *Autocritica e self-compassion: confronto vs conforto*

Gilbert (2023) sostiene che l'autocritica e la compassione attivino due aree del cervello diverse. Mentre l'autocritica è legata ad uno stato di minaccia, alla rilevazione degli errori e all'inibizione comportamentale, la *self reassurance* sembra attivare quelle stesse aree del cervello che utilizziamo quando ci sentiamo connessi agli altri. Mentre l'autocritica si inserisce nel contesto di un confronto sociale in cui il valore è soppesato in base ad un criterio esterno, la *selfcompassion* si poggia su una motivazione diversa dal rango sociale, basata sulla rassicurazione e sul conforto, più che sul confronto. Abbiamo visto come l'autocritica abbia a che fare con il rango e che la mentalità sociale attiva è quella agonistica.

*Sistemi motivazionali a confronto: agonistico vs accudimento*

Il modello della CFT nello spiegare le condotte comportamentali e le reazioni emotive, riprende le teorie dei sistemi motivazionali. Secondo questo approccio la mente è caratterizzata da un funzionamento che ha radici nell'evoluzione, non è direttamente sotto il nostro controllo e agisce per come la natura l'ha designata. Il tipo di ragionamento, i pensieri e le emozioni sono funzionali al perseguimento di scopi dettati da motivazioni innate comuni a tutto il genere umano e a tutti i mammiferi. I sistemi motivazionali sono: sessuale, accudimento e attaccamento, cooperativo, competitivo. Ogni motivazione "accende" di volta in volta alcune competenze, bisogni specifici e emozioni, disattivandone altre. Nell'ottica della CFT la compassione è un sistema motivazionale che rappresenta l'evoluzione del sistema di accudimento. Gilbert (2023) spiega che l'accudimento fa parte del nostro repertorio comportamentale in quanto esseri appartenenti alla classe di mammiferi. La CFT vuole passare il messaggio che tutti noi apparteniamo all'umanità e condividiamo diverse forme di sofferenza, ci troviamo a vivere situazioni che non scegliamo direttamente e ci muoviamo nel mondo facendo il meglio possibile con il cervello che ci ritroviamo: il cervello, *tricky brain*, è un organo complesso che abbiamo in dotazione senza le istruzioni per l'uso e a volte è difficile gestire le reazioni agli eventi se ci fanno sentire sopraffatti finché non attiviamo la *funzione metacognitiva*, cioè la capacità di *pensare il pensiero*, di visualizzare i nostri stati interni e accedere ad una conoscenza più saggia e più profonda di noi stessi. Questa capacità può aiutarci a riorientare il ragionamento e spostarsi da una mentalità sociale agonistica in cui prevale il confronto, a una mentalità sociale di conforto, *selfcompassion*.

*Autocorrezione compassionevole e attacco a sé*

Neff (2011) osserva che l'autocritica è una forma di pensiero davvero molto comune come forza motivazionale e anche se si rileva spesso inefficace, gli individui altrettanto spesso ritengono che il raggiungimento degli obiettivi sia dovuto all'essere esigenti con se stessi. Dietro questa efficacia sembra esserci il timore di subire la propria stessa autocritica: l'agire sarebbe in questo senso

dettato dalla paura di fallire e dalla relativa aspra critica che ne deriverebbe in prima battuta da se stessi. Questo approccio funziona in una certa misura, ma uno dei problemi più grandi che può generare è l'ansia, il timore del senso di colpa e tutti i correlati emotivi relativi al sistema rosso di minaccia. L'autocritica può calare l'individuo in uno stato di allarme tale per cui le funzioni cognitive saranno orientate meno al raggiungimento dell'obiettivo e più alla prevenzione della minaccia, aumentando la probabilità del fallimento stesso e del rinforzo delle credenze negative e disfunzionali su di sé. Il circolo vizioso che si viene a creare è caratteristico di diversi quadri psicopatologici e appare evidente la rilevanza clinica di questo processo.

#### *Autocritica, selfcompassion e psicopatologia*

Nel valutare la condizione psicopatologica è importante considerare la qualità emotiva dell'autocritica e comprendere quale è il legame tra le preoccupazioni del paziente e le motivazioni, come ad esempio il bisogno di avere successo per evitare il rifiuto. In generale, quando le cose vanno male guardiamo ai nostri fallimenti con frustrazione, con o senza autocritica. Allo stesso modo, se stiamo attribuendo una causalità agli eventi e riconosciamo la nostra responsabilità, possiamo considerarci causa delle cose senza essere necessariamente critici. Secondo Gilbert (2023) è importante notare, quando ci si concentra su se stessi, quale aspetto di sé si sta incolpando: i *comportamenti* (avrei dovuto o non avrei dovuto fare questo); le *motivazioni* (avrei dovuto o non avrei dovuto volere questo); o le *emozioni* (avrei dovuto o non avrei dovuto provare questo). È possibile individuare le dimensioni nell'attribuzione; *globale* (io) o *specificata*; *stabile* (sempre) o *contestuale* (ora, qui); *interna* (io) o *esterna* (eventi esterni). Tanto più *globali, stabili e interne* sono le attribuzioni e le credenze dei risultati negativi, tanto è più probabile che i pazienti abbiano problemi di autocritica.

La *selfcompassion* è una forza motivazionale più efficace dell'autocritica perché la sua forza trainante è l'autorassicurazione e l'incoraggiamento, non la paura. A differenza dell'autocritica che mette in evidenza "se vai bene", la *selfcompassion* chiede: "che cosa va bene per te?". Questa apertura al vissuto interno è basata sull'accettazione e sulla validazione dei propri bisogni e mira a rassicurare per trovare un modo quanto più efficace e in linea con i nostri valori per raggiungere gli obiettivi che ci poniamo.

#### **Applicazioni della selfcompassion**

Aiutare il paziente ad applicare la *selfcompassion* significa facilitare in lui un cambiamento nella prospettiva, cioè un cambiamento nella mentalità sociale. L'obiettivo è aiutare a spostarsi da una prospettiva basata sulla protezione dalla minaccia (sistema rosso) ad un orientamento volto ad accettare il presente e sviluppare punti di forza, impegno e coraggio verso le esperienze interne ed

esterne che possono presentarsi. L'obiettivo è dunque non di convincere a pensare in modo compassionevole, ma cambiare stile di vita approcciandosi in un modo più caldo, validante e incoraggiante a se stessi. Per raggiungere questo scopo è importante *sentire* la compassione, cioè fare esperienza di questa “nuova” mentalità sociale. La *selfcompassion* è una motivazione che ha bisogno di pratica, impegno e tempo ed è possibile svilupparla attraverso diversi esercizi esperienziali che vengono gradualmente inseriti in seduta e che vengono riproposti dal paziente in autonomia nel contesto della sua vita quotidiana.

*Allenare la selfcompassion: compassionate mind training e mindfulness compassionevole*

Gilbert (2023) ha messo appunto uno specifico training che permette di assimilare il sé compassionevole, il *compassionate mind training (CMT)*. Attraverso gli incontri di questo training Gilbert propone la stabilizzazione della *selfcompassion* attraverso pratiche corporee di respirazione, pratiche basate sulla modificazione del viso, del dialogo interiore, del tono di voce e della postura. Durante il training vengono svolte attività di mindfulness orientata allo sviluppo dell'intenzione compassionevole, cioè pratiche basate sul cambiamento motivazionale e sul passaggio alla compassione.

La *mindfulness compassionevole* è centrata sulla pratica di accettazione e gentilezza verso i propri pensieri. Il punto centrale è il riportarsi *con gentilezza* al momento presente, ad esempio al respiro, ogni volta che la mente vaga, sottolineando il fatto che “non è colpa mia se la mia mente vaga di continuo, è mia responsabilità riportarla dolcemente sul presente”. Germer (2019) differenzia la mindfulness standard dalla mindfulness compassionevole: la mindfulness standard prevede chiedersi “cosa sto sperimentando in questo momento?”, la compassione vuole chiedersi “di che cosa ho bisogno in questo momento?”; la mindfulness suggerisce “accogli la tua sofferenza con spaziosa consapevolezza”, la compassione sussurra “sii gentile con te stesso quando soffri”; mentre la mindfulness standard regola le emozioni attraverso l'attenzione, la compassione regola le emozioni attraverso l'affiliazione.

*Sviluppare la selfcompassion – il sé compassionevole*

L'assunto base è che tutti possono assumere personalità diverse a seconda delle circostanze e del sistema motivazionale che si attiva in un dato momento. Attraverso la pratica, il paziente può essere allenato a contattare uno specifico *mind-set*, come quello compassionevole. Le tecniche di *embodiment* sono un grande aiuto per esercitarsi nelle mettere in scena alcuni set mentali. La mentalità sociale compassionevole può inizialmente essere contattata attingendo a episodi passati, di cui si ha memoria nel modo più dettagliato possibile e in cui abbiamo sentito di incarnare le caratteristiche salienti della compassione: *gentilezza, desiderio di aiutare qualcuno in difficoltà,*

*atteggiamento non giudicante.* La pratica permette di trovare la propria “forma” compassionevole, di darle un’espressione ed una postura specifica. Si può richiamare alla memoria un momento, ad esempio, in cui abbiamo sentito la voglia di aiutare, rassicurare, tranquillizzare qualcuno in difficoltà, accettarlo con benevolenza e con un senso di incoraggiamento verso le sue potenzialità e risorse. Incarnare queste sensazioni e questa motivazione aiuta il paziente a trovare la propria disposizione *selfcompassion* e a metterla in azioni in attraverso tecniche esperienziali finalizzate a favorire l’attivazione di pensieri, emozioni, capacità metacognitive e motivazioni che appartengono a questa nuova parte di sé (Petrocchi, Couyoumdjian, 2012).

#### *Sé multipli e sé compassionevole*

Un lavoro importante che si fa nella CFT è quello sui sé multipli. I diversi sé sono rappresentati dalle diverse attivazioni emotive che il paziente prova, spesso contraddittorie tra loro o in conflitto. L’obiettivo è quello di aumentare la consapevolezza del paziente rispetto i diversi bisogni e motivazioni che si celano dietro quelle attivazioni, accettarle come legittime e relazionarsi a ciascuna parte in modo compassionevole. L’idea è di cambiare la relazione con queste emozioni smorzando la critica “c’è qualcosa che non va in me” e riconoscendole come “risposte comprensibili di fronte a stimoli percepiti come minacce”. La CFT propone un lavoro sui sé multipli sia attraverso in chair work, che vediamo più avanti, sia attraverso metafore come “il capitano della nave”. Lavorare su questa metafora può essere utile al fine di comprendere il ruolo del sé compassionevole in relazione ai diversi sé. Per utilizzare questa metafora è possibile incoraggiare fare immaginare al paziente una nave nel mare con diversi passeggeri a bordo e i diversi sé emotivi. Come accade nella vita, anche la nave può attraversare momenti di tempesta, come le tempeste emotive che tutti sperimentiamo durante momenti particolarmente difficili. Invitiamo ad immaginare quello che i passeggeri emotivi fanno: il sé rabbia si infuria e critica, il sé ansioso si spaventa e indietreggia, il sé triste si isola e si affligge. Il capitano comprende le reazioni di ciascuna parte, ognuna con la propria valutazione della difficoltà, conforta, rassicura e incoraggia, si prende cura di loro. Nessuno di loro prende il controllo della nave, il sé compassionevole si frappone tra la situazione e le reazioni emotive, attivando il sistema calmante e trovando le strategie più funzionali per gestire la situazione nel modo che può essere più d’aiuto.

#### *Le tecniche immaginative*

Le teorie dell’embodiment suggeriscono che la messa in atto di parti del sé può stimolare il cambiamento emotivo e cognitivo e gli aggiustamenti della postura possono modificare lo stato mentale (Pugh, 2021). In CFT vengono utilizzare tecniche immaginative immersive in cui il paziente è invitato a incorporare il sé compassionevole e *sentire* la compassione. Un esempio di



tecnica immaginativa immersiva è il *luogo sicuro compassionevole*, in cui il paziente immagina un luogo *che sia felice di accoglierlo*, immaginandone le caratteristiche attraverso l'attivazione dei cinque sensi. Stanziare in immaginazione in questo luogo può aiutare ad entrare in contatto con le sensazioni di sicurezza e calma che caratterizzano il sistema di regolazione emotiva calmante (Kolts, 2019).

*Intervista all'autocritica: indagare le origini*

Un modo per riconoscere, difendersi e limitare i danni dell'autocritica è esplorarne le origini. Spesso si riscontra che la parte critica ha la voce di un genitore o di un'insegnante che appartiene alla vulnerabilità storica del paziente. In Schema Therapy la voce critica è individuata come "mode genitore disfunzionale" e rappresenta l'interiorizzazione di una figura che continua ad esprimersi attraverso una voce interna che critica o punisce la persona per le sue mancanze, vere o presunte. Secondo la Schema Therapy è possibile differenziare due mode di questo tipo: il *genitore punitivo* e il *genitore critico* o esigente. Il punitivo è particolarmente frequente quando il paziente esprime disprezzo o si sente imperfetto. La voce interiore può assumere un tono di "pena" per il paziente. Il genitore esigente può non avere questa sfumatura di pena ma avere un tono più incalzante per spingere a raggiungere standard elevati. (Tenore, Serrani, 2013). Riconoscere le origini della voce critica interiore rappresenta un primo passo per creare una distanza critica tra il sé e il sé critico. Il fine non è quello di metterla a tacere del tutto, perché come abbiamo detto, i pazienti potrebbero mostrare resistenze dato che attribuiscono a questa parte la funzione di regolatore interno. Il lavoro in CFT mira a guardare da vicino le componenti dell'autocritica e valutarne l'effettiva utilità. Attraverso l'intervista diretta, diamo voce alla parte critica e le concediamo uno spazio per parlare di sé, di come si sente e di quello che vuole. A questo segue un momento in cui si valutano le motivazioni che spingono l'autocritica a rivolgersi con il tono che usualmente il paziente accusa e che attiva il sistema rosso. Spesso, ciò che si riscontra, è che la parte critica vuole spronare a evitare lo stato temuto. Nei casi più gravi e complessi che richiedono un intervento diretto del terapeuta nel gestire gli scambi tra le parti, la parte critica può manifestare un vero e proprio odio di sé.

Il paziente fa esperienza del tono compassionevole come alternativa funzionale che permette di percepirsi al sicuro e aperto alle esperienze, sia positive che negative. Per trasmettere la differenza tra il sé critico e il sé compassionevole viene spesso utilizzata la *metafora dei due insegnanti*. Il messaggio che facciamo passare è che sebbene molti usino l'autocritica come un tentativo per motivarsi, proteggersi o filare dritto, affidarsi al sé critico per questi motivi si basa su una logica sbagliata secondo la quale attaccare se stessi sia l'unico modo per motivarci o, in alcuni casi, si crede sia il modo migliore. Anche se vergognarsi e attaccare se stessi sembrano utili per alcuni

scopi, questi implicano un costo elevato, in quanto ci tengono bloccati nel sistema della minaccia con un restringimento dell'attenzione e del pensiero focalizzati sulla minaccia, meno su ciò di cui si ha bisogno o che si vuole raggiungere. È importante aiutare i pazienti a scoprire alcuni modi per incoraggiarsi, motivarsi, sostenersi e proteggersi che non rappresentino una minaccia. Un modo funzionale e adattivo è attraverso lo sviluppo della *selfcompassion* sviluppando l'abilità di essere sensibile, validante e incoraggiante di fronte la sofferenza e le difficoltà.

La metafora dei due insegnanti è un esercizio esperienziale: possiamo chiedere di immaginare un bambino a cui il pz tiene molto, immaginare che stia imparando qualcosa di difficile, come l'algebra o a suonare uno strumento musicale. Possiamo aumentare il coinvolgimento del paziente chiedendo se gli viene in mente qualcosa che da bambino ha fatto di questo tipo e validare la consapevolezza che deve essere stato difficile all'inizio riuscire bene e che serve pratica e tempo per imparare. Si può chiedere di immaginare che il bambino abbia uno di questi due insegnanti (Kolts, 2019): immaginiamo un primo insegnante severo e critico che cerca di motivare denigrandolo e chiediamo come potrebbe interagire facendo esempi diretti: "NO, hai sbagliato di nuovo, no no! Ma che problema hai? Sei scemo?". Valutiamo se esperienze di questo tipo appartengono al repertorio esperienziale del paziente, se gli è familiare un approccio di questo tipo. Poi portiamo un altro esempio, un secondo insegnante compassionevole che vuole davvero aiutare il bambino, che capisce che questo compito è difficile e che chiunque farebbe fatica, soprattutto se all'inizio. Questo insegnante è saggio e vuole trovare il modo per incoraggiare il bambino ad andare avanti riconoscendo che la chiave perché il bambino acquisisca padronanza in questa attività è continuare a lavorarci e che è più probabile lo faccia se l'esperienza è piacevole (e non si senta spaventato). Chiediamo come potrebbe rivolgersi questo insegnante "Vai così, bene! Vai avanti così, qui non proprio così ma così, giusto, stai andando molto bene! È difficile ma ti stai impegnando, così si fa!". Per poi chiedere, quale insegnante vorrebbe per il bambino. Chiedere poi, quando è in difficoltà, a quale voce somiglia di più il suo sé critico. Operiamo in questo modo su un livello esplicito (riflettendo cognitivamente sui benefici della compassione) ed implicito (percepando gli effetti diversi del sé critico e della compassione). In questo modo è possibile stimolare la motivazione ad avvicinarsi ad un nuovo approccio più efficace che può soddisfare i bisogni del bambino ed essere più utile nel perseguimento dei propri scopi.

#### *Lettera compassionevole*

La scrittura della lettera compassionevole è un utile esercizio che può essere proposto soprattutto quando il paziente inizia ad entrare in contatto con il proprio sé compassionevole. La scrittura della lettera in momento privato e tranquillo aiuta il paziente a mettere in pratica la propria *self-*

*reassurance* in un contesto sicuro, privato, libero da qualsivoglia ansia da prestazione che potrebbe emergere quando il paziente si trova ad “eseguire” una richiesta, come gli esercizi durante la seduta. Questo esercizio inoltre è finalizzato a creare qualcosa che il paziente può riprendere in mano in qualsiasi momento, un’ancora che può aiutare il paziente a riagganciarsi al sé compassionevole quando sente che le cose si stanno facendo difficili e che il sistema di minaccia è attivato: entrare in contatto e verbalizzare la prospettiva compassionevole aiuta il paziente a dare forma e voce a questa parte (Kolts, 2019).

#### *Chair work per il sé compassionevole*

La tecnica delle sedie è largamente utilizzata per rendere esperienziale il sé compassionevole e può assumere diverse forme a seconda del lavoro che il terapeuta intende proporre. Vediamo di seguito alcune applicazioni.

#### *Chair work su i multipli di sé*

Il chair work si rivela un esercizio altamente esperienziale che permette ai pazienti di sperimentare l’*embodiment* immersivi delle proprie esperienze interiori. La maggior parte delle tecniche di chair work sollecita il decentramento in maniera indiretta, cioè sollecita quella capacità metacognitiva di osservare i propri eventi mentali aumentando la distanza critica tra sé e i propri pensieri. Il decentramento ha un ruolo chiave nella ristrutturazione cognitiva e nella regolazione emotiva e aumenta la capacità osservare le esperienze mentali non immedesimandosi in esse, aumentando la capacità di tollerare la sofferenza e favorendo l’accettazione di sé attraverso una visione più integrata di sé e delle proprie esperienze. (Pugh,2021). Il chair work in CFT può assumere diverse forme, a due sedie, tre o quattro a seconda delle parti del paziente a cui vogliamo dare voce.

Dare voce al proprio sé compassionevole facilita l’integrazione di questa parte alla propria esperienza interiore. La pratica e la ripetizione permette di interiorizzare sempre di più il tono rassicurante e caldo e rappresenta un’ancora di sicurezza per ricentrarsi nei momenti di difficoltà. Per facilitare la costruzione del sé compassionevole, l’obiettivo della CFT è aiutare i pazienti a essere compassionevoli nei confronti delle proprie esperienze emotive. La *selfcompassion* in questo senso rappresenta la cornice che mette insieme le differenti versioni del sé sviluppando una versione di sé compassionevole e più adattiva. Nel chair work per lo sviluppo della *selfcompassion* l’obiettivo è facilitare la comprensione compassionevole delle diverse parti di sé: non si mette in discussione il sé critico, non si cerca di sconfiggerlo o fare un esorcismo. Il fine è mettere in relazione i diversi aspetti di sé, vulnerabile, autocritico e compassionevole. Il sé vulnerabile e il sé critico prendono forma attraverso le narrazioni del paziente: chiediamo al paziente di identificare

una situazione nella quale si è sentito in difficoltà ed esploriamo la risposta del paziente alla situazione osservando i pensieri, le motivazioni, le sensazioni che accompagnavano quel momento. L'esercizio dei sé multipli si concentra solitamente sulla rabbia (sé arrabbiato) o parte critica, sull'ansia (sé ansioso), cioè la parte che si preoccupa, che è in apprensione, la tristezza (sé triste). Dopo aver esplorato le prospettive dei diversi sé, il paziente viene portato a spostarsi dalla prospettiva del sé compassionevole e guidato a valutare la prospettiva degli altri sé emotivi. Secondo Gilbert (2023), l'esercizio dei sé multipli può favorire la consapevolezza e l'esposizione a quelle sensazioni e a quei contenuti di pensiero che di solito il paziente cerca di evitare, analizzare e mentalizzare le diverse prospettive che posso coesistere nello stesso momento favorendo l'integrazione dei diversi stati emotivi e fornire una narrazione della dinamica dell'autocritica osservando i passaggi interiori delle valutazioni tra le parti (es. "cosa pensa la tua parte arrabbiata della tua parte ansiosa?); spostarsi "dentro e fuori" le diverse parti di sé aumentando il senso di consapevolezza e di potere del paziente rispetto le attivazioni emotive automatiche; sviluppare comprensione e compassione per ciascuna parte, validare e legittimare le reazioni emotive come normali reazioni a eventi stimolo; sviluppare, assieme alla compassione, anche la tolleranza degli stati emotivi più spiacevoli, favorendo la comprensione degli stessi, diminuendo la critica e favorendo un senso di identità più coerente.

*Chair work "sé vulnerabile" e "sé compassionevole"*

In questo esercizio vengono utilizzate due sedie per dare voce al sé che sta soffrendo e al sé che valida e incoraggia, al fine di rinforzare e allenare la capacità di attivare, durante il dialogo interno, la mentalità sociale compassionevole. È un esercizio tanto più efficace quanto più il paziente ha imparato a contattare la *selfcompassion*. Durante questo tipo di chair work il paziente "mette in scena" il suo dialogo interno nella condizione di protezione dalla minaccia, esprime come si sente e perché, che cosa teme, lasciando che l'emozione si esprima totalmente. Dopo aver dato voce al sé vulnerabile, il paziente viene invitato a cambiare sedia e spostarsi sulla sedia del sé compassionevole. Incarnando questa parte, il paziente ha modo di inserire nel dialogo interno una nuova voce: dalla prospettiva compassionevole ora il paziente si rivolge al sé vulnerabile mostrando validazione, sincera comprensione e sincero interesse nel capire e nell'incoraggiare il sé vulnerabile (Kolt, 2019).

*Chair work "sé vulnerabile", "sé critico" e "sé compassionevole"*

Sebbene vengano chiamate in scena tre parti, per questo esercizio è sufficiente l'utilizzo di due sedie: il fine è dare corpo alla parte vulnerabile e alla parte critica, allenando la capacità di sviluppare e rinforzare la *selfcompassion* a prendere parte al dialogo interiore e facilitare un senso

di sicurezza e coraggio nei momenti in cui c'è una difficoltà e i pensieri critici spaventano e inibiscono le potenzialità del paziente. Il paziente sperimenta l'essere "face to face" con la sua parte più critica. Come abbiamo visto in CFT il lavoro è orientato non ad eliminare la critica, ma a comprenderla così come validiamo e comprendiamo la parte più vulnerabile. Il sé compassionevole entra in gioco per validare e rassicurare sia il sé vulnerabile sia il sé critico. Eccetto i casi di vero *self hated*, spesso la parte critica mostra una maldestra intenzione di motivare a fare meglio, spronare, che invece di incoraggiare il paziente, spaventa. Attraverso l'esercizio delle sedie, diamo voce al sé critico, alle sue intenzioni e alle sue emozioni. Incarnare le due parti, vulnerabile e critico, è molto suggestivo ed immersivo. Quando aiutiamo il paziente a fare intervenire la propria parte compassionevole, può essere utile prendersi un momento, in piedi davanti le due sedie vuote, per rallentare il respiro e prendere contatto con le qualità della *selfcompassion*, gentilezza, desiderio di essere d'aiuto (Kolt, 2019; Pugh, 2021).

*Sviluppare un linguaggio selfcompassion*

Al fine di implementare la tendenza ad assumere una prospettiva gentile verso noi stessi, è fondamentale aumentare la capacità di elaborare pensieri e ragionare in modo compassionevole e integrare questa motivazione agli schemi cognitivi abituali del paziente. Questa modalità si basa sul perseguimento di due valori: comprendere la sofferenza e aiutare ad alleviarla. Può essere di grande aiuto per il paziente che prende contatto con questa nuova prospettiva osservare le differenze tra un pensiero basato sulla minaccia e sulla difesa e un pensiero basato sul voler comprendere la difficoltà, accettarla e fare quanto si ha in potere per alleviarla e affrontarla. Di seguito uno schema che mette a confronto le due modalità (Kolts, 2019):

<b>Pensiero basato sulla minaccia</b>	<b>Pensiero compassionevole</b>
Focalizzato in modo eccessivo sulla minaccia	Ampio, tiene conto di diversi fattori per comprendere la situazione
Focalizzato sul giudizio e sull'etichettamento	Focalizzato sulla comprensione
Inflessibile e legato alla ruminazione	Flessibile, risolve i problemi
Attiva il sistema di minaccia	Attiva il sistema di sicurezza
Esprime ostilità, paura o disgusto verso gli altri o sé stessi	Esprime gentilezza verso gli altri e noi stessi
Giudicante e critico	Non critico, ma empatico e incoraggiante
Basato sull'evitamento, sulla dominanza o sulla punizione	Basato sull'aiutare se stessi e gli altri, cercando soluzioni vantaggiose per tutti e non rischiose per nessuno

Tabella1: Pensiero basato sulla minaccia e pensiero compassionevole (Kolts,2019)

In CFT lo scopo non è demonizzare il pensiero basato sulla minaccia, ma normalizzare la sua presenza e aiutare le persone a diventare consapevoli delle dinamiche intrapsichiche della loro mente: il paziente non è difettoso, guasto o irrazionale, ma reattivo agli eventi e nel tentativo di gestire una situazione difficile può diventare ipersensibile a quelli ha imparato a catalogare come segnali di minaccia (Gilbert, 2023). Aumentarne la consapevolezza e attivare la mente sociale focalizzata sull'accudimento è una strategia che permette di contattare la *selfcompassion* per organizzare la nostra mente e portare più sicurezza e armonia nella reazione agli eventi.

### **Conclusioni**

Diversi studi confermano che sviluppare un sé compassionevole può aiutare a diminuire l'autocritica e gestire i momenti più difficili in modo più adattivo. L'autocritica e le diverse forme di dialogo interno sono una dimensione che viaggia in parallelo con il nostro sé e rappresentano il *soundtrack* della nostra giornata: coltivare la gentilezza verso noi stessi può aiutarci a migliorare il modo in cui ci avviciniamo alle emozioni difficili perché anziché combatterle ci apriamo all'accettazione delle cose per come sono e a cosa possiamo fare per esserci d'aiuto. La *selfcompassion* può aiutare a sentirsi più disposti ad accettare il rischio di eventuali fallimenti senza però diminuire l'ambiziosità. Può aiutare a vivere le difficoltà della giornata trasformando la pistola critica puntata alla testa in una amorevole e incoraggiante pacca sulla spalla.

### **Bibliografia**

- Gilbert P., (2012). *Terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. Milano: Franco Angeli.
- Gilbert p., Clarke M., Hempel S., Miles J.N.V., Irons C. (2004). Criticism and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology* 43, 31-50.
- Gilbert P., Simos G., (2023). *Compassion Focused Therapy. Guida pratica alle applicazioni cliniche*. Trento: Edizioni Centro Studio Erikson S.p.a.
- Goleman D. (2011). *Intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli.
- Kolts R.L. (2019). *Fate TFC. Guida pratica per i professionisti alla Terapia Focalizzata sulla Compassione*. Milano: Franco Angeli.
- Leary, M. L. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10 (3), 352-359.
- Neff K., (2019). *La self-compassion. Il potere dell'essere gentili con se stessi*. Milano: Franco Angeli.
- Neff K., Germer C., (2022). *Programma di autocompassione e mindfulness. Esercizi e meditazioni guidate*. Milano: Edra S.p.a.
- Perdighe C., Gagnani A., (2021). *Psicoterapia cognitiva- Comprendere e curare i disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Petrocchi N., Couyoumdjian A., (2012). L'impiego delle tecniche della terapia focalizzata sulla compassione per promuovere il percorso di accettazione in psicoterapia. *Cognitivismo Clinico*, 9, 2, 178-190.

- Porges S.W., (2007). The Polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74, 116-143.
- Pugh M., (2021). *Il chairwork nella terapia cognitivo-comportamentale. Una guida pratica alla tecnica delle sedie*. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Terry M.L., Leary M.R., Mehta S., Henderson K., (2013). Self-compassionate reactions to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(7), 911-926.
- Tenore K., Serrani F.M., (2013). *La Schema Therapy. Caratteristiche distintive*. Franco Angeli: Milano.
- Werner A.M., Tibubos A.N., Rohmarmann S., Reiss N., (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 246, 530-547.

**Sabrina consumati, Psicologa, Roma**

**Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Perdighe e Procacci**

**e-mail: [sabrina.consumati@gmail.com](mailto:sabrina.consumati@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)*

## La disconnessione come cura: il conflitto di dipendenza nella terapia del trauma complesso

Carolina Papa<sup>1,3</sup>, Erica Pugliese<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

<sup>2</sup>Scuola di Psicoterapia SPC, Roma

<sup>3</sup>Menteverde – Centro di Psicologia e Psicoterapia Monteverde

<sup>4</sup>Millemé, Violenza di Genere e Dipendenze Affettive

### *Riassunto*

La capacità di raggiungere un certo grado di vicinanza e intimità nella relazione con gli altri costituisce un fattore protettivo per la salute mentale. Nonostante questo, molte persone sperimentano difficoltà nello stabilire relazioni caratterizzate da un adeguato livello di interdipendenza. La ricerca ha identificato come le esperienze relazionali precoci avverse e lo sviluppo di un attaccamento insicuro costituiscano dei fattori ostacolanti la costruzione di una dipendenza sana nelle relazioni interpersonali. Infatti, se da un lato questi individui possono rappresentare sé stessi solo in relazione a un altro che fornisce cure e accudimento, dall'altro possono mostrare risposte avversive alla vicinanza emotiva per timore di entrare in intimità con gli altri. Nel trauma complesso vi è una pervasiva sfiducia nei confronti degli altri mentre, su di sé, prevale la credenza di essere inamabili e privi di valore. Il contesto relazionale, che precedentemente è stato fonte di abuso o neglect, diventa lo stesso nel quale può avvenire la guarigione, attraverso la costruzione di una relazione terapeutica caratterizzata da confini chiari e definiti, indicativi di una dipendenza sana. Le rappresentazioni di sé e dell'altro non integrate portano il paziente traumatico a oscillare tra tentativi di vicinanza e di distacco nella relazione terapeutica quando entra in contatto con i propri bisogni di accudimento e di dipendenza, manifestandoli attraverso strategie che tendono a elicitare il rifiuto del terapeuta e pongono il paziente a rischio di ulteriori traumatizzazioni. L'intensa qualità degli stati emotivi nel trauma comporta un alto grado di coinvolgimento per il terapeuta, che potrà mostrare sentimenti ambivalenti tra una forte sintonizzazione emotiva e un istinto a respingere e allontanare il paziente. La frattura dell'alleanza è un processo continuo nella relazione col paziente traumatico, ed è proprio attraverso di esso che il paziente guarisce nella misura in cui apprende che l'interruzione è riparabile e che la disconnessione non coincide con la perdita del senso di sé.

*Parole chiave:* trauma complesso, relazione terapeutica, confini, vicinanza, intimità, dipendenza

### **Disconnection as a cure: The dependency conflict in complex trauma therapy**

#### *Summary*

The ability to achieve a certain degree of closeness and intimacy in relationships with others is a protective factor for mental health. Despite this, many people experience difficulties establishing relationships characterized by an adequate level of interdependence. Research has identified how adverse early relational experiences and the development of an insecure attachment constitute factors hindering the construction of healthy dependency in interpersonal relationships. Indeed, while these individuals may only represent themselves as others who provide care and nurturing, they may also show aversive responses to emotional closeness for fear of becoming intimate with others. In complex trauma, there is a pervasive mistrust of others

Carolina Papa e Erica Pugliese, Il La disconnessione come cura: il conflitto di dipendenza nella terapia del trauma complesso, N. 32, 2023, pp. 24-53.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su

[www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)



while, on the other hand, the belief that they are unlovable and worthless prevails. The relational context, which was previously a source of abuse or neglect, becomes the one in which healing can take place through the construction of a therapeutic relationship characterized by clear and defined boundaries indicative of a healthy dependency. Non-integrated representations of self and others lead the trauma patient to oscillate between attempts at closeness and detachment in the therapeutic relationship when he comes into contact with his own needs for care and dependence, manifesting them through strategies that tend to elicit the therapist's rejection and place the patient at risk of further traumatization. The intense quality of the emotional states in the trauma implies a high degree of involvement for the therapist, who may show ambivalent feelings between a strong emotional attunement and an instinct to reject and distance the patient. The fracture of the alliance is an ongoing process in the relationship with the trauma patient, and it is through it that the patient heals to the extent that he learns that the break is repairable and that the disconnection does not coincide with a loss of sense of self.

*Key words:* complex trauma, therapeutic relationship, boundaries, closeness, intimacy, dependence

### **Introduzione**

Numerose ricerche evidenziano la rilevanza di fattori relazionali, appartenenti sia al paziente e che al terapeuta, nella comprensione dell'efficacia terapeutica (Wampold & Imel, 2015; Norcross & Lambert, 2019; Castonguay et al., 2019) e sottolineano come l'esperienza della relazione terapeutica rappresenti un elemento fortemente curativo di per sé, a prescindere dalla diagnosi del paziente. Gli esiti terapeutici favorevoli sembrano dipendere maggiormente da alcuni elementi caratterizzanti la relazione; in particolare: il grado di alleanza, l'empatia percepita dal terapeuta, la motivazione del paziente, la capacità del terapeuta di adattare il proprio lavoro alle caratteristiche specifiche del singolo paziente, il livello di autenticità del paziente e del terapeuta (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019). Al contrario, la letteratura ha individuato alcuni processi ostacolanti la relazione come, ad esempio, l'autoreferenzialità del terapeuta, la tendenza a distrarsi mentre il paziente parla, la tendenza a criticare e/o colpevolizzare il paziente (Ackerman & Hilsenroth, 2001; 2003). I bambini che hanno vissuto l'esperienza di traumi multipli, cronici e prolungati di natura interpersonale nelle prime relazioni con i caregiver percepiscono il mondo come pericoloso, imprevedibile e non in grado di fornire sollievo. La possibilità di contare sull'altro per ricevere aiuto e sostegno è compromessa, ma il desiderio di essere accuditi può essere così intenso da provocare stati dissociativi e aggressività (Pearlman & Courtois, 2005): infatti, ignorare le proprie emozioni e percezioni, così come regolare il proprio comportamento anticipando le risposte di chi lo accudisce, diventa l'unico modo che il bambino trova per acquisire un senso di controllo e stabilità. Il presente è vissuto come parte di un'unica realtà e, quando il senso di controllo viene a mancare, l'intollerabilità di quello stato e la necessità imminente di fare qualcosa per modificarlo portano il paziente con trauma complesso a passare immediatamente dallo stimolo pauroso alla risposta di attacco, fuga o freezing, senza la possibilità di imparare da quell'esperienza

(Van der Kolk, 2005). Nei pazienti con trauma relazionale i desideri di dipendenza sono inevitabilmente presenti ed emergono nella relazione terapeutica a partire dal bisogno insoddisfatto di un attaccamento sicuro. La relazione terapeutica diventa, in questi pazienti, la base per risolvere i conflitti di dipendenza attraverso la comprensione empatica da parte del terapeuta della natura intensa e dolorosa della disperata ricerca di accudimento del paziente, o piuttosto dell'irruenta negazione dei bisogni di accudimento che porta all'evitamento della relazione in quanto troppo spaventante (Smith et al., 2010). Appare, quindi, una sfida per il terapeuta trovare un equilibrio nel mantenere i comportamenti di dipendenza disadattivi all'interno di una finestra ideale di tolleranza per entrambi i partecipanti alla relazione, mantenendo al contempo un ottimale e necessario livello di coerenza e trasparenza nei confronti del paziente.

### **Vicinanza e intimità nelle relazioni interpersonali: caratteristiche e fattori di sviluppo**

La capacità di costruire relazioni intime con gli altri è una delle principali caratteristiche di un sano sviluppo della personalità, nonché uno dei principali indicatori di salute mentale (Bowlby, 1988; Epstein, 1994). Nonostante questo, molte persone trovano difficile sviluppare e mantenere relazioni intime, non riuscendo a raggiungere quel profondo senso di connessione emotiva tale da garantire un funzionamento ottimale della persona. I concetti di vicinanza e intimità possono essere racchiusi nel più ampio costrutto di "dipendenza", ossia una condizione relazionale che riflette il bisogno di attaccamento negli esseri umani (Bowlby, 1979). La dipendenza sana, caratterizzata da confini relazionali chiari e definiti, è basata sulla reciprocità e sulla capacità di muoversi tra continui momenti di mismatch e di riparazione all'interno della relazione: essa costituisce un predittore di autostima e benessere nelle relazioni intime (Acevedo et al., 2009). Con il termine "vicinanza" si fa riferimento al grado in cui i due partner della relazione sono interdipendenti l'uno dall'altro a livello cognitivo, emotivo e comportamentale, ossia quanto uno si affida all'altro per il soddisfacimento dei propri bisogni emotivi, sociali e fisici (Kelley, 1983). Birtchnell (1997), invece, ha definito la vicinanza come la condizione di essere fisicamente ed emotivamente coinvolti con un altro individuo fino a raggiungere una condizione di informalità, libertà di comunicazione e interdipendenza nella relazione. In questo senso, la vicinanza viene anche concettualizzata come il grado di dipendenza affettiva e comportamentale reciproca (Levinger, 1980), e rappresenta un fattore centrale all'interno di costrutti più ampi come quelli di coesione, sostegno sociale e dipendenza affettiva. Tuttavia, un'eccessiva dipendenza può inibire l'intimità e la persona può desiderare un minor grado di vicinanza quando percepisce le richieste dell'altra persona su di sé come intense, prepotenti o indesiderate. Infatti, la capacità di fornire vicinanza richiede

l'acquisizione di determinate abilità sociali (Birtchnell, 1998) e il controllo percepito a livello personale può costituire una delle cause del “sentirsi troppo vicini”. In alcuni studi, infatti, è stata rilevata una discrepanza tra la vicinanza percepita e la vicinanza desiderata all'interno della relazione, il che costituisce anche uno dei principali motivi che conduce le coppie a richiedere un percorso di psicoterapia (Mashek & Sherman, 2004). L'intimità è un concetto più complesso da definire, anche a causa delle differenze culturali, educative e di genere insite nei nostri sistemi sociali. Reis e colleghi concettualizzano l'intimità come un processo nel quale la persona esprime sentimenti e informazioni importanti su di sé a un'altra persona e, conseguentemente alla risposta dell'altro, arriva a sentirsi compresa, validata e accudita (Reis & Patrick, 1996; Reis & Shaver, 1988). Il loro modello pone l'accento su due componenti principali delle relazioni intime, ossia la *rivelazione di sé* e la *reattività del partner*, definendo il concetto di intimità in termini interattivi. La condivisione di fatti, pensieri o emozioni personali, infatti, precede una determinata risposta dell'interlocutore: affinché l'interazione sia intima, la persona deve poter valutare la risposta dell'altro come sintonizzata. Laurenceau e colleghi (1998) hanno ampliato il modello di Reis, postulando che il processo di intimità nasce e si sviluppa nella misura in cui il partner sente che l'altro è reattivo alla sua comunicazione. Infatti, l'intimità richiede un atteggiamento positivo e sintonico rispetto ai bisogni dell'altro, un interesse per tali bisogni, la presenza di confini personali chiari (Siegel et al., 1992), sensibilità, apertura, flessibilità (Giddens, 2013) e autonomia/individuazione rispetto all'altro (Holmes, 1997). Al contrario, il fallimento dell'intimità a livello interpersonale si verifica quando vi è un'eccessiva dipendenza dall'altro per autodefinirsi (Rathus & O'Leary, 1997), una mancanza di affermazione personale, di autonomia (Holmes, 1997) e di risorse interiorizzate, oppure la paura di essere fagocitati e controllati dall'altro (Siegel et al., 1992). Schaefer e Oslon (1981) forniscono un'ulteriore definizione dell'intimità, concettualizzandola in termini emotivi come la capacità di essere ascoltati, compresi e liberi di esprimersi, mentre quella fisica farebbe riferimento alla condivisione di gesti di affetto e attività di tipo sessuale. In particolare, gli autori la definiscono come “*un processo che è il risultato della rivelazione di cose intime e della condivisione di esperienze intime*”. L'intimità, inoltre, dovrebbe implicare la libertà di poter esprimere emozioni negative e manifestare il proprio disaccordo all'altra persona (Holahan & Moos, 1983), senza che questo coincida con il timore di una frattura irreparabile nella relazione. Infatti, tale costrutto viene associato anche alla condivisione autentica e onesta di sé (Burnett & Demnar, 1996; Graham & LaFollette, 1986), alla conoscenza profonda e privilegiata che le persone coinvolte hanno l'una per l'altra e all'amore (Sternberg & Barnes, 1985). La ricerca ha identificato diverse componenti dell'intimità, tra cui l'accettazione, l'affetto, la

coesione, la compatibilità, la sessualità e l'autonomia (Waring et al., 1981). È stato dimostrato che alcuni tipi di interventi come l'Emotion-Focused Therapy (EFT) e la Cognitive Marital Therapy (CMT) sono in grado di incrementare l'intimità, la fiducia e l'adattamento nelle coppie, e un maggior grado di intimità influisce positivamente sulla soddisfazione relazionale nel tempo (Dandeneau & Johnson, 1994). Le relazioni romantiche sono valutate, infatti, come più soddisfacenti quando ci si sente in intimità l'uno con l'altro (Anderson & Emmers-Sommer, 2006; Boden et al., 2010; Kirby et al., 2012; Patrick et al., 2007) e l'intimità ha anche mostrato di avere un ruolo protettivo per il benessere biologico, psicologico e sociale in generale (Hand et al., 2013; Manne et al., 2012). Anche se le interazioni intime solitamente fanno riferimento all'autosvelamento di tipo verbale, le forme fisiche di intimità (come il toccarsi, abbracciarsi, ecc) rappresentano un canale altrettanto importante attraverso il quale l'individuo può esprimere sé stesso e l'altro può rispondere attraverso cura e accettazione. Per raggiungere un certo grado di intimità con l'altro, l'individuo deve necessariamente condividere la propria parte vulnerabile e assumersi il potenziale rischio che questo comporta, la cui percezione dipenderà dalla storia di vita e dal senso di fiducia costruito nelle prime relazioni significative (Mikulincer et al., 2006). Coloro che temono maggiormente l'espressione della propria vulnerabilità in quanto pericolosa, avranno probabilmente timore anche di raggiungere un certo livello di intimità con l'altro e, di conseguenza, maggiori difficoltà nel costruire relazioni intime. A tal proposito, Rubenstein e Shaver (1982) hanno categorizzato le caratteristiche dell'intimità non solo in apertura, onestà, autosvelamento reciproco, cura, calore, protezione, disponibilità, dedizione, attenzione e impegno reciproci, ma anche rinuncia al controllo, caduta delle difese, attaccamento emotivo e sofferenza nei momenti di separazione (Descutner & Thelen, 1991). Secondo gli autori, la paura dell'intimità è la capacità inibita di un individuo, a causa della paura, di scambiare pensieri ed emozioni personali significativi con un altro individuo che ha valore per sé. Infatti, hanno basato la costruzione della loro "*Fear of intimacy Scale*" sulla valutazione di tre componenti principali: i contenuti relativi alle informazioni personali rivelate, la valenza emotiva relativamente allo scambio di tali informazioni, e il senso di vulnerabilità percepito in relazione all'importanza attribuita al partner d'interazione. In tempi più recenti, Sobral e Costa (2015) hanno discusso del fatto che la paura dell'intimità potrebbe non coinvolgere solamente il timore di condividere certi pensieri o emozioni personali, ma anche la paura di dipendere. Gli autori, infatti, hanno postulato che la paura dell'intimità sia formata da due componenti: la paura di perdere sé stessi (*fear of losing the self* – FLS) e la paura di perdere l'altro (*fear of losing the other* – FLO). La prima dimensione fa riferimento alla paura della dipendenza, alla fusione e alla perdita di controllo, ed è rappresentativa di tutti quegli individui che provano

disagio di fronte alle richieste di intimità e nel concedersi di dipendere dall'altro, coerentemente con una rappresentazione negativa dell'altro. La seconda, invece, si riferisce alla paura di esporre e rilevare sé stessi, e di essere rifiutati: il timore è quello di perdere l'approvazione del partner e ciò è coerente con una rappresentazione negativa di sé (Sobral & Costa, 2015). Diversi autori hanno considerato la paura dell'intimità come un fattore centrale nelle difficoltà relazionali delle persone che presentano una forma di perfezionismo maladattivo (Beck, 1979): infatti, Halgin e Leahy (1989) hanno affermato che i perfezionisti *“evitano le relazioni intime perché temono che aprirsi agli altri si traduca in vulnerabilità, derisione e rifiuto”*. In sintesi, anche se il bisogno di sicurezza è universale, le persone differiscono nel modo di regolare le emozioni connesse a tale bisogno, e ciò è dipendente dalla storia di vita e dalle modalità di regolazione apprese nella relazione con le figure di attaccamento primarie. Infatti, la teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1982) fornisce una cornice teorica utile a comprendere l'importanza di vicinanza e intimità nella costruzione e nel mantenimento di un senso di fiducia e sicurezza nelle relazioni. Il modello pone l'accento sull'importanza della ricerca di cure e accudimento nelle relazioni intime e identifica diverse modalità attraverso le quali gli stili di attaccamento influiscono sulla qualità e sulla percezione soggettiva delle interazioni con gli altri. Le relazioni primarie di attaccamento, infatti, dovrebbero soddisfare i bisogni di sicurezza del bambino e hanno fondamentali implicazioni sulla salute e sul benessere mentale anche nella vita adulta (Cassidy, 2001). Esse rappresentano il principale contesto nel quale costruire la vicinanza e l'intimità relazionale poiché dovrebbero essere le relazioni nelle quali l'individuo è più propenso ad esprimere le emozioni vulnerabili, come quelle di paura e tristezza, che sono considerate le più intime e profonde (Reis & Patrick, 1996). Le differenze individuali negli stili di attaccamento riflettono una differenza nell'organizzazione del funzionamento che riguarda quanto la persona sente di poter aver fiducia in un altro che sarà disponibile e responsivo quando lui ne avrà bisogno (Main et al., 1985). L'attaccamento definito “sicuro” viene associato a un caregiver responsivo rispetto ai bisogni di supporto e sicurezza del bambino; quello “ansioso-ambivalente” deriva da un caregiver che risponde in modo incoerente e incongruo alle richieste del bambino, inducendo ansia, rabbia, oppure uno stato di vigilanza; infine, quello evitante si associa a una figura di accudimento fredda, rifiutante e scarsamente supportiva, che induce l'autonomia e l'autosufficienza in modo prematuro, invalidando il diritto di esprimere la vulnerabilità. A partire da questi pattern d'interazione precoci, secondo Bowlby (1973), il bambino sviluppa dei Modelli Operativi Interni che contengono credenze e aspettative rispetto alla disponibilità dell'altro e all'idea di essere degno di cure e attenzioni. A partire da questa teoria fondante nell'ambito della psicologia dello sviluppo, la ricerca si è adoperata per indagare gli stili di

attaccamento in età adulta, mostrando come i pattern di attaccamento che caratterizzano le relazioni romantiche sono simili a quelli osservati durante lo sviluppo (Collins & Read, 1990). I ricercatori che si sono interessati a quest'ambito hanno individuato quattro stili di attaccamento prototipici suddivisi in due sottodimensioni principali, ossia ansia ed evitamento (Bartholomew & Horowitz, 1991). L'ansia è strettamente connessa ai Modelli Operativi Interni connessi a credenze su di sé, in riferimento all'idea di meritare autostima e accettazione da parte degli altri; l'evitamento, al contrario, è più relato ai Modelli Operativi Interni riferiti all'altro e riguarda il grado col quale l'individuo si approccia all'intimità e all'interdipendenza con l'altro. Gli adulti con uno stile di attaccamento sicuro si trovano a proprio agio nell'intimità, si affidano agli altri per richiedere supporto e sono fiduciosi di poterne ricevere. L'adulto con uno stile prevalentemente ansioso-preoccupato presenta un eccessivo bisogno di vicinanza e dipendenza, e un'intensa paura di allontanamento e rifiuto. Chi presenta uno stile prevalentemente evitante tende a concettualizzare la relazione intime come relativamente poco importanti, valorizzando l'indipendenza dall'altro e l'autosufficienza. In ultimo, gli adulti che presentano alti punteggi sia in ansia che in evitamento hanno un forte desiderio di vicinanza e intimità con l'altro, ma gestiscono il timore di rifiuto attraverso l'evitamento della relazione. L'adulto che evita le relazioni intime può coinvolgersi nella relazione con un suo "simile", il che gli consente di mantenere una distanza interpersonale che percepisce come sicura per lui (Bartholomew, 1990). Non sorprende, infatti, che la paura dell'intimità sia stata associata anche con il workaholism (Hazan & Shaver, 1990), oltre che con un minore supporto sociale percepito e con un maggior utilizzo di coping di evitamento (Emmons & Colby, 1995).

### **Modelli a due polarità**

Diversi modelli teorici hanno tentato di spiegare la psicopatologia, con particolare riferimento alla sintomatologia depressiva, attraverso la teorizzazione dello sviluppo della personalità come caratterizzato da due distinte dimensioni che differiscono nella loro organizzazione a seconda di quanto l'individuo è ripiegato su sé stesso o piuttosto ricerca la vicinanza e la relazione con l'altro. Tra le teorie più note vi è il modello a due polarità dello sviluppo della personalità e della psicopatologia di Blatt e colleghi (Blatt, 2008; Blatt et al., 1976; Blatt & Luyten, 2009), che trae le sue origini nella ricerca clinica di tradizione psicodinamica. Il modello è stato inizialmente sviluppato per fornire un quadro teorico atto a spiegare l'eterogeneità della sintomatologia depressiva (Blatt et al., 1976; Blatt & Zuroff, 1992), per poi estendersi allo sviluppo psicopatologico della personalità, così come alle normali variazioni nella sua organizzazione (Blatt,

2008; Blatt & Luyten, 2009). Il modello distingue tra due dimensioni fondamentali dello sviluppo della personalità: l'auto-definizione (*self-definition*) e la connessione interpersonale (*interpersonal relatedness*). L'auto-definizione fa riferimento a uno sviluppo dell'identità della persona incentrato sulla differenziazione dall'altro: gli obiettivi di sviluppo sono, quindi, l'autonomia dagli altri, l'essere orientati da scopi volti al successo individuale e la realizzazione di sé. La connessione interpersonale implica, invece, la capacità dell'individuo di sviluppare relazioni profonde con gli altri: questa dimensione si riferisce allo sviluppo di un grande senso di fiducia, cooperazione e amicizia con gli altri. Secondo Blatt (2008) l'organizzazione della personalità varia tra gli individui in funzione di queste due polarità, a favore quindi dell'autodefinizione, indicata come *organizzazione introiettiva della personalità*, o della connessione interpersonale, indicata come *organizzazione anaclitica della personalità*. A seconda di quale dominio è favorito, una persona ha diverse vulnerabilità a determinati sintomi psicopatologici. Nell'orientamento introiettivo, la maggiore attenzione alla definizione del sé a discapito della relazione interpersonale può ostacolare lo sviluppo dell'identità. Infatti, la costruzione di un'identità sana deve avvenire in un contesto interpersonale (Josselson, 1994) e favorire un senso di sé che esista sia in relazione agli altri che in distinzione rispetto a loro (Blatt, 2008; Stern, 2018). Pertanto, il ripiegamento su sé stessi dell'orientamento introiettivo può inibire un senso di sé più completo che comprenda un adattamento rispetto agli altri. L'identità compromessa dell'orientamento introiettivo può portare alla paura che l'intimità possa essere fagocitante (Parker & Thomas, 2009) e che la fusione temporanea metta in pericolo l'identità di sé (Feldman, 1979). Anche l'orientamento anaclitico può essere collegato a una compromissione dell'identità, poiché la sua enfasi sulla relazione interpersonale a discapito dell'autodefinizione influisce altrettanto sulla formazione dell'identità personale. Blatt e colleghi (Blatt, 1974; Blatt et al., 1976; Blatt et al., 1982; Blatt et al., 1979) hanno distinto tra una depressione "anaclitica" (o *dipendente*) e una depressione "introiettiva" (o *autocritica*) e hanno differenziato le origini dello sviluppo, le caratteristiche di personalità e le manifestazioni cliniche di questi due tipi di depressione. La depressione anaclitica è caratterizzata da sentimenti di solitudine, impotenza e debolezza: l'individuo ha paure intense e croniche di essere abbandonato e lasciato senza protezione e cure e, per questo motivo, sente un disperato bisogno di mantenere un contatto con l'altro e prova un profondo desiderio di essere amato, accudito e protetto. Gli altri sono apprezzati soprattutto per le cure, il conforto e la soddisfazione che possono fornire perché c'è stata una scarsa interiorizzazione delle esperienze di gratificazione. Questi individui hanno grandi difficoltà ad esprimere la rabbia per paura di perdere l'accudimento che gli altri possono fornire (Blatt & Zuroff, 1992). La separazione dagli altri e la perdita sono fonti di



paura e apprensione e vengono spesso affrontate con mezzi primitivi, come la negazione e/o la ricerca disperata di sostituti (Blatt, 1974). La depressione introiettiva, al contrario, è caratterizzata da autocritica e sentimenti di indegnità, inferiorità, fallimento e senso di colpa. Questi individui si impegnano in una costante e severa valutazione di sé e hanno una paura cronica di essere disapprovati e criticati. I loro sforzi sono concentrati sulla realizzazione, finalizzata all'approvazione, e sulla compensazione di sentimenti di inadeguatezza e fallimento. Blatt (1974) pone la depressione introiettiva come corrispondente a un più avanzato livello di sviluppo psicologico caratterizzato da maggiori competenze autoriflessive. Sempre a sostegno dell'ipotesi delle due personalità depressive, anche Arieti e Bemporad (1978) hanno distinto tra due tipi di depressione, che denominano “*altro-dominante*” e “*obiettivo-dominante*”. Nella depressione di tipo altro-dominante l'individuo desidera essere gratificato passivamente da un altro dominante, sviluppando una relazione aggrappata, esigente, dipendente e infantile con l'altro. Nella depressione obiettivo-dominante l'individuo cerca di essere rassicurato sul proprio valore e di liberarsi dal senso di colpa, sentendo il dovere di sottomettersi alle aspettative dell'altro. Quando l'altro-dominante viene perso o l'obiettivo-dominante non viene raggiunto, ne consegue la sintomatologia depressiva. Riprendendo le ipotesi di Blatt, Beck propone, nella sua teoria cognitiva della depressione, che i costrutti cognitivo-personali di *sociotropia* e *autonomia* siano fattori di vulnerabilità predisponenti all'insorgenza della depressione (Beck et al., 1983). La sociotropia fa riferimento a obiettivi e atteggiamenti che attribuiscono un valore elevato alle relazioni interpersonali strette: per questo motivo, le persone altamente sociotrope provano un forte desiderio di essere amate e accettate dagli altri. L'autonomia, invece, consiste in obiettivi e atteggiamenti che riflettono un investimento sull'indipendenza personale, sull'autorealizzazione e sulla libertà di scelta. Pertanto, per le persone altamente autonome, questa enfasi è spesso associata a eccessive richieste di realizzazione e controllo. L'insorgenza della depressione viene vista da Beck come il risultato di un'interazione tra alcuni tipi di stress e specifici fattori di vulnerabilità. Questo modello cognitivo diatesi-stress propone che le persone altamente sociotrope abbiano maggiori probabilità di sviluppare depressione se un evento è percepito come una minaccia o una perdita effettiva di accettazione sociale; le persone autonome, invece, avrebbero maggiori probabilità di sviluppare depressione in risposta a un evento percepito come una perdita o una limitazione dell'indipendenza, del controllo e della realizzazione personale (Beck et al., 1987; Clark et al., 1989). Tuttavia, il modello cognitivo non asserisce con certezza che il solo verificarsi di un evento di vita negativo porti invariabilmente alla depressione ma, piuttosto, è la percezione o la valutazione dell'evento da parte degli individui a determinare lo sviluppo dei sintomi depressivi (Beck et al., 1983). Infatti, nella relazione tra evento



e sintomatologia depressiva possono entrare in gioco fattori motivazionali concernenti gli obiettivi rilevanti per l'individuo (Coyoumdjian et al., 2012), anch'essi alla base dello sviluppo della personalità, in linea con l'ipotesi di due dimensioni personologiche connesse a motivazioni di affiliazione o intimità (McAdams, 1980) e di realizzazione (McClelland et al., 1989) o potere (Winter, 1988). La ricerca ha riscontrato associazioni tra il funzionamento autonomo di personalità e la paura dell'intimità (Blatt, 2011), suggerendo che la trascuratezza del dominio relazionale a favore dell'autodefinizione potrebbe sottendere una riluttanza a entrare in intimità con gli altri per timore di essere disapprovati, rifiutati o umiliati.

### **Vergogna e implicazioni relazionali**

La vergogna è una delle emozioni comunemente sperimentate nella vita quotidiana e, a livelli normali, si ritiene che promuova un sano sviluppo sociale e morale. Tuttavia, livelli cronici e intensi di vergogna sono stati associati a numerosi disturbi psicologici, tra cui depressione (Cheung et al., 2004), disturbo da stress post-traumatico (Dyer et al., 2009), ansia (Harder et al., 1992) e comportamenti autolesionistici (Gilbert et al., 2010). Le teorie cognitive suggeriscono che la vergogna è evocata da un processo cognitivo-valutativo in cui il sé viene valutato come indesiderabile o cattivo (Mills, 2005). Le esperienze di vita avverse ricorsive possono portare alla costruzione di credenze negative su di sé che si trasformano in pregiudizi cognitivi, stati emotivi e comportamenti legati alla vergogna (Bosson & Prewitt-Freilino, 2007). All'interno di questa concettualizzazione, la teoria dell'attribuzione ha ricevuto ampia attenzione dal punto di vista empirico, postulando che le attribuzioni negative interne, stabili e globali siano processi-chiave che conducono allo stato di vergogna (Black et al., 2013). Infatti, alcune ricerche hanno osservato che gli individui che attribuiscono la colpa delle proprie scarse prestazioni a fattori interni, stabili e imm modificabili hanno maggiori probabilità di sperimentare vergogna (Tracy & Robins, 2007). Negli individui che hanno vissuto eventi traumatici con una forte componente relazionale, la vergogna è un'emozione peri-traumatica e post-traumatica particolarmente saliente (Dorahy, 2010; Dorahy & Clearwater 2012; Harvey et al., 2012; Stewart et al., 2011) ed è associata a problemi di rilevanza clinica che perdurano nel tempo (Dyer et al., 2009; Feiring & Taska, 2005). Ad esempio, nelle donne vittime di violenza, il sentimento di vergogna per l'evento in sé o per la reazione della persona all'evento, predice in modo indipendente i sintomi del disturbo da stress post-traumatico (Andrews et al., 2000). Infatti, mentre il senso di colpa è spesso associato alle azioni o ai fallimenti di tali azioni durante e dopo un evento traumatico, la vergogna riflette il modo in cui l'individuo si sente in seguito alla valutazione di sé durante o dopo un evento traumatico (Lee et al., 2001), nonché a livello globale (Boon et al., 2011; Dorahy & Clearwater, 2012). Wilson e colleghi (2006)

hanno affermato che *"gli stati di vergogna e senso di colpa post-traumatici formano il nucleo patologico del disturbo da stress post-traumatico semplice e complesso"*. Sottolineando il ruolo centrale della vergogna, Herman (2011) ha proposto che il disturbo da stress post-traumatico derivante dalla vittimizzazione ripetuta per mano di un altro possa essere concettualizzato sia come disturbo d'ansia che come "disturbo della vergogna". Infatti, l'autrice sostiene che le minacce di violenza o la violenza stessa evocano paura, mentre la violazione dei confini interpersonali da parte di un altro evoca uno stato di vergogna (Herman, 2011). Se la riparazione rispetto a quanto accaduto non è possibile, questo può portare a sentimenti di inferiorità e inadeguatezza, con conseguente evitamento sociale e abbassamento dell'autostima (De Hooge et al., 2010). Mentre, quindi, la vergogna è indicativa di una minaccia al sé sociale (Budden, 2009; Gilbert & McGuire, 1998) in quanto intimamente legata al modo in cui l'individuo percepisce sé stesso utilizzando la prospettiva dell'altro come punto di osservazione (Wilson et al., 2006), il senso di colpa altruistico (Mancini & Gangemi, 2021) segnala una minaccia alla relazione e suscita tentativi di riparazione relazionale conseguentemente a una violazione o a un danno. Sia la vergogna che la colpa sono alla base dell'impatto del disturbo post-traumatico da stress complesso sul funzionamento delle relazioni interpersonali (Kim et al., 2009). Nathanson (1992) ha indagato le risposte comportamentali alla vergogna e le implicazioni che queste hanno a livello interpersonale: quando sperimenta vergogna, l'individuo può reagire con un coping di evitamento e ritiro, oppure può provare a difendersi attaccando sé stesso o attaccando un altro. Queste tipologie di coping sono state riscontrate nei pazienti traumatizzati (Kluft, 2007); tuttavia, in questi individui, poche ricerche hanno analizzato l'impatto della vergogna sulle difficoltà relazionali. Riguardo la relazione tra vergogna e intimità, la ricerca ha dimostrato un'associazione tra vergogna e paura dell'intimità (Wu et al., 2020); inoltre, tale relazione è parzialmente mediata dall'effetto dell'organizzazione introiettiva della personalità, anche detta "personalità autocritica", che si associa al timore di compromissione dell'identità e di perdita del senso di sé. Infatti, secondo la teoria dello sviluppo psicosociale di Erikson (1951), la vergogna è un'emozione che emerge preliminarmente alla formazione dell'identità e, per Kaufman (2004), la vergogna interiorizzata può produrre un disprezzo di sé talmente elevato da condurre alla scissione e dissociazione di aspetti di sé. La vergogna interiorizzata, inoltre, risulta associata ad esperienze di abbandono materno percepito (Claesson & Sohlberg, 2002) e a paura di un possibile abbandono futuro (Morrison, 2011). L'aspetto di dipendenza presente nell'organizzazione anaclitica di personalità può derivare da un deficit nel processo di differenziazione che si accompagna a vergogna e paura di essere abbandonati, con il desiderio di essere salvati da un altro esterno. Allo stesso modo, anche l'organizzazione introiettiva è caratterizzata dal timore di abbandono, ma tali

preoccupazioni possono portare a percepire l'intimità come pericolosa e a evitarla (Blatt, 2011). Se, quindi, da un lato gli individui possono aggrapparsi alla relazione, dall'altro possono comunque temerla e sviluppare un'organizzazione di funzionamento caratterizzata da focalizzazione su di sé, evitamento delle relazioni e autocritica (Yoo et al., 2014). Alcuni autori hanno suggerito che l'emozione di vergogna è legata anche a un timore della valutazione negativa da parte degli altri (Lewis, 1986), per cui le persone che sperimentano intensi livelli di vergogna possono avere difficoltà nelle relazioni a causa della preoccupazione di essere considerati inaccettabili agli occhi degli altri (Mollon, 2005). Una delle relazioni che può essere influenzata dalla vergogna è quella terapeutica, all'interno della quale questa può fungere da ostacolo rispetto alla costruzione e al mantenimento dell'alleanza, ossia al rapporto collaborativo tra paziente e terapeuta (Martin et al., 2000). L'alleanza terapeutica è considerata uno dei predittori più importanti dell'efficacia terapeutica (Martin et al., 2000) e viene concettualizzata come un costrutto multifattoriale composto dall'accordo sugli obiettivi e sui compiti terapeutici, nonché dallo sviluppo di un legame affettivo tra paziente e terapeuta (Bordin, 1979). Se il paziente ha credenze negative su di sé che reputa immutabili, ha il desiderio di nascondersi rispetto alle proprie vulnerabilità e teme di essere rifiutato, allora è possibile che tali credenze e le risposte di coping da esse derivanti gli impediscano di sviluppare una relazione terapeutica intima. Alcuni studi, infatti, supportano l'idea che la vergogna sia legata alla mancanza di autosvelamento in psicoterapia (MacDonald & Morley, 2001). Anche se l'impatto delle strategie utilizzate per gestire le attribuzioni legate alla vergogna sulla relazione terapeutica è stato scarsamente studiato, Hersoug e colleghi (2009) hanno identificato che le strategie di regolazione emotiva e alcuni stili d'interazione come il distanziamento e la freddezza da parte del paziente sono associati a una prognosi terapeutica peggiore e allo sviluppo di un'alleanza terapeutica negativa. Un altro studio ha indagato l'impatto degli stati di vergogna e degli stili di coping su due importanti fattori: l'alleanza terapeutica e il funzionamento della relazione intima. È stata supportata l'ipotesi per cui lo stile di coping associato alla vergogna rappresenta un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di una relazione terapeutica peggiore: in particolare, gli individui che adottavano uno stile di evitamento avevano meno probabilità di sviluppare un'alleanza terapeutica efficace (Black et al., 2013). Il ruolo del ritiro nell'impedire l'alleanza, secondo la bussola della vergogna di Nathanson (1992), è connesso alla tendenza dell'individuo a prendere le distanze dai sentimenti di vergogna per sfuggire all'emozione dolorosa sottostante (Poulson, 2000). Tale coping costituisce un processo protettivo per l'individuo; tuttavia, un ritiro molto severo potrebbe impedire l'avvio del processo di intervento vero e proprio. Coerentemente con ciò, la ricerca supporta questa inferenza, dimostrando che i pazienti con uno

stile interazionale distaccato sviluppano relazioni terapeutiche più povere (Hersoug et al., 2001, 2009). Le strategie disfunzionali per gestire l'emozione di vergogna, quindi, potrebbero influenzare l'efficacia terapeutica interrompendo lo sviluppo di una sana e funzionale alleanza. Così come in quella terapeutica, anche nelle altre relazioni la vergogna e i coping ad essa associati potrebbero impattare negativamente sulla costruzione di relazioni intime soddisfacenti e, di conseguenza, sul livello di benessere psicologico. Una ricerca su un campione di studenti universitari ha mostrato come la tendenza a sperimentare vergogna predicesse peggiore soddisfazione, qualità e funzionamento nelle relazioni, nonché una diminuzione del rango sociale percepito e una maggiore paura dell'intimità (Cheung et al., 2004; Lutwak et al., 2003; Tangney, 1995). Inoltre, la vergogna è stata identificata come fattore di mediazione tra le difficoltà relazionali e la depressione: in particolare, gli individui che affrontano la difficoltà relazionale allontanandosi psicologicamente e/o fisicamente dall'interazione con l'altro presentano alti livelli di depressione e una bassa soddisfazione a livello relazionale (Rice & Fallon, 2011). È probabile, quindi, che gli individui che utilizzano l'evitamento e il ritiro nella relazione lo facciano con lo scopo di avere un sollievo immediato rispetto all'esperienza di vergogna connessa all'autosvelamento e all'intimità con l'altro. Non sorprendentemente, infatti, le persone più inclini a sperimentare vergogna provano anche più tristezza nelle relazioni intime, presentano una maggiore insicurezza relazionale e una maggiore paura dell'intimità (Tangney & Dearing, 2003; Lutwak et al., 2003).

### **La relazione terapeutica come dipendenza sana**

La dipendenza è una manifestazione dell'attaccamento che comprende un'ampia serie di strategie comportamentali consapevoli e inconsapevoli, nonché cognizioni ed emozioni ad esse correlate (Bornstein, 1995, 1999). Lo scopo della dipendenza è quello di procurarsi la cura e il sostegno da parte di una figura di attaccamento all'interno di una relazione considerata sicura (Bowlby, 1982). La cultura occidentale, rispetto ad altre, tende ad attribuire un alto valore al raggiungimento di un'indipendenza precoce, con una reazione in un certo senso controfobica alla necessità e all'inevitabilità di un'adeguata dipendenza e interdipendenza a livello sociale e interpersonale (Sampson, 1977): la dipendenza, infatti, è associata alla debolezza, all'emotività, all'egoismo, alla mancanza di carattere, alla pigrizia, all'infantilismo, alla manipolazione e al guadagno secondario. L'interdipendenza, invece, consiste nella capacità di funzionare in modo autonomo e al tempo stesso di impegnarsi in una dipendenza equilibrata e reciproca con gli altri significativi. La dipendenza non è limitata a una particolare fase dello sviluppo, ma varia nella propria intensità e nelle proprie manifestazioni in base a fattori situazionali, interpersonali e ad

alterazioni della capacità di integrazione dell'individuo, le quali promuovono livelli equilibrati di interdipendenza, intimità e autonomia (Steele et al., 2001). Essa può emergere nella relazione terapeutica a partire dal bisogno insoddisfatto nella vita del paziente di un attaccamento sicuro. La dipendenza può essere espressa in modo attivo o passivo nella relazione terapeutica (Bornstein, 1995). Le manifestazioni positive della dipendenza attiva in psicoterapia includono la cooperazione, la ricerca attiva di aiuto e l'attaccamento positivo al terapeuta; quelle negative includono un senso di diritto, un comportamento estremamente esigente e un alto grado di bisogno che non riesce a essere elaborato o contenuto; tali comportamenti sono disfunzionali in quanto portano l'altra persona, in questo caso il terapeuta, a ritirarsi dalla relazione. La dipendenza passiva espressa in modo negativo, invece, comprende l'impotenza, i comportamenti di sottomissione, l'indecisione, l'incapacità di agire e la suggestionabilità generale; gli aspetti positivi includono la compliance e la "suggestionabilità positiva" (Steele et al., 2001). La maggior parte della letteratura che si è interessata alla dipendenza nella relazione terapeutica riporta lo studio delle strategie atte a gestire l'eccessiva dipendenza del paziente, ma è altrettanto importante riuscire a gestire la situazione nella quale ci si trova di fronte a un'eccessiva indipendenza del paziente. Balint (2013) si chiedeva *"quanta dipendenza costituisce un buon punto di partenza per una terapia di successo, e quando invece si trasforma in un ostacolo?"*. Janet (1898) ha sostenuto che la dipendenza dal terapeuta dovrebbe essere equilibrata e il terapeuta dovrebbe assumere un ruolo più attivo nella guida del paziente durante le fasi iniziali della terapia, per poi ridurlo gradualmente nel tempo man mano che il paziente si sente più sicuro. Nel contesto della relazione terapeutica, gli aspetti di dipendenza possono emergere attraverso varie manifestazioni, adattive o disadattive. Se il terapeuta non affronta in maniera adeguata la dipendenza insicura del paziente, questo comporta un aumento del rischio suicidario (Modestin, 1987; Gunderson, 1996) e predice un deterioramento nel funzionamento del paziente, nonché gesti anticonservativi e una maggiore disintegrazione (Gunderson, 1996; Linehan, 1993; Van Sweden, 1995). Infatti, troppa "presenza" del terapeuta può portare a un mantenimento dei comportamenti derivanti dalla dipendenza insicura (Birthnell, 1997; Bornstein, 1995) e a scarsi miglioramenti nella terapia (Steele & Van der Hart, 1997). Al contrario, anche un paziente che non può permettersi di dipendere dal proprio terapeuta è improbabile che abbia un miglioramento. Il terapeuta, quindi, dovrebbe riuscire a mantenere un equilibrio tra la soddisfazione dei bisogni primari del paziente e il delineamento di confini relazionali sani, tenendo a mente che la dipendenza non è unicamente finalizzata a far vivere al paziente un'esperienza relazionale diversa, ma anche a promuovere l'integrazione, l'adattamento e la flessibilità nella vita del paziente (Steele et al., 2001). Nel fare questo, il terapeuta dovrebbe normalizzare la dipendenza

sicura, indipendentemente dal fatto che il paziente sia in grado di verbalizzare i propri sentimenti, al fine di aumentarne la capacità integrativa che gli consentirà di assumere un atteggiamento riflessivo riguardo i conflitti interni legati all'idea di dipendere da un altro. Il paziente che entra in terapia con un atteggiamento maldisposto rispetto alla dipendenza dal terapeuta deve essere aiutato a normalizzare la vulnerabilità e il bisogno ma, in questi casi, la dipendenza può essere adeguata "in dosi ridotte" in quanto può essere temuta al punto che il paziente fantasma di "crollare, diventare pazzo o non essere in grado di fare nulla" nella condizione di dipendenza da un altro (Steele et al., 2001). La psicoterapia può essere considerata un'opportunità per creare nuovi significati: le emozioni intense derivanti dalle relazioni passate vengono portate nella relazione terapeutica con una possibilità di riflessione (Tronick & Gold, 2021). La paura della dipendenza può manifestarsi quando il paziente massimizza o minimizza l'attaccamento al terapeuta, e potrebbe esservi un'alternanza rapida tra tentativi di avvicinamento e tentativi di distacco dal terapeuta. Il terapeuta dovrebbe riuscire a fornire al paziente una relazione di dipendenza sana, caratterizzata da continui momenti di mismatch e riparazione che permettono al paziente di sviluppare fiducia nella relazione e di accrescere il suo senso di sé. Infatti, come precedentemente detto, molte persone vivono relazioni che mancano di un certo grado di intimità e percepirsi come se non fossero completamente sé stesse: tale consapevolezza emerge quando si fa esperienza di una relazione nella quale possono sentirsi sicure di immergersi nel disordine e nella confusione senza il timore di perdere sé stessi in questo processo (Tronick & Gold, 2021).

### **La relazione terapeutica col paziente traumatico**

L'attaccamento e la dipendenza insicuri caratterizzano le persone con storie di traumi complessi (Lyons-Ruth et al., 1999) e il contesto relazionale, che precedentemente ha rappresentato sofferenza, tradimento o trascuratezza, diventa lo stesso strumento attraverso il quale può avvenire la guarigione. Nella misura in cui il terapeuta è in grado di fornire al paziente una relazione sicura, coerente e protettiva, i sopravvissuti al trauma complesso possono modificare i propri schemi relazionali radicati basati sull'insicurezza, sulla diffidenza e sulla manipolazione. L'importanza della relazione terapeutica è notoriamente riconosciuta nella letteratura sulla ricerca in psicoterapia, ma questa diventa particolarmente rilevante nel trattamento dei pazienti con disturbo post-traumatico da stress complesso (Courtois & Ford, 2012). Una forte alleanza è fondamentale per il successo terapeutico con gli adulti sopravvissuti al trauma in quanto instillare un senso di sicurezza attraverso la presenza del terapeuta può portare alla riduzione di strategie di coping disfunzionali, promuovendo la crescita e il cambiamento (Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2004). In quanto tale,

l'attaccamento insicuro può agire come un fattore di rischio nella capacità di questi pazienti di stabilire una buona alleanza terapeutica, e ciò appare particolarmente vero nei casi di attaccamento evitante (Lafrenaye-Dugas et al., 2018), nei quali lo sviluppo delle relazioni interpersonali è vissuto come spaventoso e può portare alla negazione del bisogno di stabilire una relazione con il terapeuta (Smith et al., 2010; Godbout et al., 2017). I sopravvissuti all'esposizione precoce a traumi di tipo relazionale hanno una credenza predominante sul mondo e sugli altri come pericolosi e diffidenti mentre, su di sé, prevale la credenza di meritare abuso e sofferenza. Pazienti di questo tipo non sono facilmente attratti dall'empatia e dalla calda accoglienza del terapeuta; al contrario, tali atteggiamenti possono provocare una risposta di maggiore diffidenza, intensa disregolazione e ostilità (Courtois & Ford, 2012). La disregolazione conduce a risposte di avvicinamento e di allontanamento caotiche e alternate, e anche il terapeuta più esperto può diventare oggetto delle proiezioni negative del paziente (Herman, 2005): uno degli obiettivi terapeutici, infatti, sarà quello di modificare le risposte del paziente, facendogli acquisire competenze di regolazione emotiva allo scopo di gestire in modo efficace tali attivazioni all'interno di una solida alleanza terapeutica. Data la sfiducia radicata del paziente con storia di trauma complesso, la riparazione dell'alleanza è un processo continuo durante il trattamento terapeutico: in un certo senso, la riparazione dell'alleanza terapeutica è analoga al processo di sviluppo dell'attaccamento tra genitore e figlio, nel quale si passa dalla sintonia, all'interruzione e, infine, alla riparazione (Tronick & Gold, 2021). Tale processo è fondamentale perché è alla base dell'aspettativa sul fatto che la relazione può essere interrotta e conseguentemente riparata: la stessa dinamica nella relazione terapeutica offre l'opportunità al paziente di modificare il proprio schema relazionale (Courtois & Ford, 2012). Le fratture della relazione terapeutica sono state divise in due categorie: ritiro, che include il ritiro dalla relazione o la compiacenza, e confronto, che include la critica o il biasimo nei confronti del terapeuta (Safran et al., 1990). Alcuni elementi sono particolarmente rilevanti perché il terapeuta sia in grado di riparare le rotture dell'alleanza nel trattamento di pazienti traumatici: (1) riconoscimento della rottura; (2) consapevolezza da parte del terapeuta delle proprie emozioni; (3) accettazione da parte del terapeuta della propria parte di responsabilità nella rottura; (4) empatizzazione con l'esperienza del paziente; (5) chiarimento di eventuali malintesi; e (6) esplorazione dei temi associati alla rottura (Safran et al., 1990; Safran et al., 2011). Le persone con un background traumatico hanno difficoltà a distinguere il proprio mondo interno soggettivo dalla realtà esterna; inoltre, faticano a formare una rappresentazione interna funzionale dello stato mentale dell'altro e questo può ostacolare la collaborazione. Possiedono, quindi, scarse competenze riflessive, abilità fondamentali per differenziare i propri pensieri e le proprie emozioni da quelli degli altri, che sono



alla base di un sano funzionamento interpersonale (Fonagy & Target, 2002). Inoltre, un'elevata funzione riflessiva consente di anticipare e prevedere il comportamento dell'altro, di adattarsi più facilmente a nuove situazioni e sviluppare resilienza di fronte alle difficoltà (Fonagy & Target, 2002). Holmes (2010) suggerisce alcune strategie per aiutare il paziente a sviluppare la competenza riflessiva: verbalizzare i pensieri e le emozioni del paziente, distinguerli dai propri e sviluppare un attaccamento sicuro nella relazione con lui/lei. La ricerca e le osservazioni cliniche hanno dimostrato che la dipendenza è maggiore nei legami insicuri associati a traumi e negligenza genitoriale (Barach, 1991; Birtchnell, 1997; Bornstein, 1998; Gunderson, 1996; Holmes, 1997; Sroufe et al., 1993; Walant, 1995), così come nei sopravvissuti ad abusi sessuali rispetto ad altre popolazioni sia cliniche che non (Hill et al., 2000). La ricerca ha anche mostrato che il sostegno sociale, il quale implica un certo grado di dipendenza, è essenziale per prevenire ulteriori traumatizzazioni (King et al., 1998). Tuttavia, la maggior parte di questi individui non percepisce internamente tale supporto fino all'ingresso in psicoterapia. L'ambiente relazionale caratterizzato da un sistema familiare basato su abusi o trascuratezza porta inevitabilmente allo sviluppo di una dipendenza insicura poiché, quella sicura o "sana" non si costruisce mai o viene totalmente distrutta. Il paziente sperimenterà, quindi, nella relazione terapeutica i profondi bisogni di dipendenza e di attaccamento derivanti dalla sua storia di vita, che spesso vengono descritti come intollerabili e incessanti: l'occasione dovrebbe essere colta dal terapeuta non solo per supportare il paziente rispetto alle sofferenze del passato, ma anche per fornirgli speranza rispetto al presente nel quale vi sono aiuto e attaccamento sicuro (Steele et al., 2001). Quando vengono rievocati i ricordi relativi al trauma, il paziente prova un senso di minaccia e ci si possono aspettare manifestazioni dello stato di paura nella relazione col terapeuta: il timore di stare nella relazione può assumere la forma di un'accentuata percezione di poter essere abbandonati, incolpati, considerati ripugnanti e, per questo, "contaminare" il terapeuta. Il paziente può provare insostenibili sentimenti di paura di fronte ad ogni minima perdita di coerenza nella relazione terapeutica, come la modifica di un appuntamento o una mancata risposta del terapeuta, e, come il bambino di fronte al volto immobile della madre nell'esperimento della *Still Face*, fatica a dare un senso a quell'esperienza (Tronick & Gold, 2021). Di fronte a ciò, il terapeuta dovrebbe restare in grado di fornire una relazione sicura attraverso una forte sintonizzazione emotiva e l'impegno nella riparazione della relazione ogniqualvolta si verifica un'interruzione dell'attaccamento (Dalenberg, 2000; Fosha, 2000; Siegel & Solomon, 2003). Il terapeuta deve ristabilire l'equilibrio emotivo e la tolleranza di fronte alla tendenza del "tira e molla" del paziente, alla sua disregolazione e al rischio di ritraumatizzazione derivante dai tentativi di elicitare il rifiuto del terapeuta, a volte con intenzioni consapevoli e a volte



no. Man mano che il paziente acquisisce maggiore sicurezza, la dipendenza insicura viene gradualmente sostituita da una dipendenza più sicura e dall'emergere di interdipendenza e di autonomia. In ultimo, rimane la necessità di affrontare la paura dell'intimità: ciò rappresenta l'apice del successo del trattamento poiché richiede elevate competenze d'integrazione, flessibilità e adattamento da parte del paziente. L'aver trovato nella relazione terapeutica il soddisfacimento dei bisogni primari di accudimento può portare il paziente a sentirsi terrorizzato fino a temere di "disintegrarsi" all'idea di dipendere dal terapeuta, che rappresenta ora l'unico regolatore dei propri stati interni terrifici. In parte, la paura dell'intimità dovrebbe essersi già attenuata all'interno della relazione terapeutica attraverso lo sviluppo di un attaccamento relativamente sicuro. Tuttavia, la capacità di entrare in intimità del paziente non può essere limitata solamente alla persona del terapeuta, ma dovrebbe essere espressa in altre relazioni importanti della sua vita, nelle quali i rischi sono maggiori e più incerti. Il paziente potrebbe, quindi, tornare talvolta ad aggrapparsi al terapeuta considerandolo come unica "base sicura", evitando contatti intimi con gli altri: il terapeuta, a quel punto, può continuare a consentire la dipendenza del paziente, ma utilizzandola per sostenerlo nel progresso verso la costruzione della sicurezza e dell'intimità nelle sue relazioni (Steele et al., 2001).

### **Coinvolgimento del terapeuta**

Il lavoro con i sopravvissuti a traumi complessi presenta numerose sfide relazionali e personali per il terapeuta. Alcuni autori descrivono la relazione con questi pazienti come un "viaggio sulle montagne russe" (Pearlman & Caringi, 2009). La gestione delle richieste di dipendenza nel paziente traumatico consiste in un processo complesso, faticoso e impegnativo per il terapeuta, e la definizione dei limiti e dei confini personali dovrà essere chiarita e ridefinita più volte. Il terapeuta, inoltre, dovrà sforzarsi per mantenere attiva un'elevata capacità di integrazione, contenendo ed elaborando sentimenti intensi e opposti che comprendono tristezza, impotenza, amore, odio e rabbia verso il paziente (Herman, 2005). L'andamento della relazione potrà essere positivamente direzionato da una forte sintonizzazione emotiva tra paziente e terapeuta, ma la sintonizzazione col dolore dell'altro implica di fatto per il terapeuta la possibilità di sperimentare un certo grado di dolore che sarà maggiore quanto più sarà alto il grado di coinvolgimento affettivo con il proprio paziente (Jackson et al., 2005). Una competenza complessa ed essenziale del terapeuta consiste nel riuscire ad assumere un atteggiamento coerente e affidabile, delineando al contempo confini terapeutici chiari e definiti. Per raggiungere questo scopo, il terapeuta dovrebbe seguire i seguenti principi: (1) il riconoscimento precoce delle situazioni che tendono a spingere il terapeuta a muoversi troppo in una direzione o in un'altra; (2) la capacità di recuperare rapidamente l'equilibrio

terapeutico con umiltà e onestà; e (3) la capacità di rimanere all'interno di parametri moderati di coinvolgimento e di allontanamento (Steele et al., 2001). La negoziazione e il mantenimento dei confini professionali e personali sono essenziali nel trattamento di coloro che sono abitualmente coinvolti in relazioni fusionali e abusanti. In risposta alle sfide relazionali continuamente poste da pazienti sopravvissuti al trauma, non è raro che il terapeuta violi i confini relazionali con modalità che abitualmente non utilizzerebbe: a volte, infatti, la risposta di controtransfert tipica nei confronti dei pazienti con una storia di abusi e trascuratezze è il desiderio di soccorrere o prendere il ruolo genitoriale per compensare ciò che il paziente meritava ma non ha ricevuto nella sua infanzia; non di rado, tali tendenze si ribaltano nel momento in cui il terapeuta si sente esausto o risentito nei confronti del paziente a causa delle sue richieste, portandolo a sperimentare un senso di rifiuto che rischierebbe di rafforzare le credenze patogene del paziente (Steele et al., 2001). Mentre l'identificazione emotiva con l'esperienza della paziente "vittima" può essere molto dolorosa per il terapeuta, quella con "l'aggressore" può prendere svariate forme e portare il terapeuta a razionalizzare, provare repulsione per il comportamento del paziente o diventare giudicante quando il paziente non corrisponde a come un "buon" paziente dovrebbe comportarsi (Herman, 2005). I pazienti traumatici sperimentano disagio nell'intimità, ma possono mostrare un'autosufficienza difensiva e negare tale difficoltà: il bambino, prima, e l'adulto, poi, potrebbero aver imparato a ignorare le proprie emozioni e percezioni spostando completamente l'attenzione sull'altro, regolando il proprio comportamento in base a ipotetiche risposte di chi si suppone lo avrebbe dovuto accudire. L'unico modo che trova per acquisire un minimo senso di stabilità relazionale è anticipare il pensiero e il comportamento dell'altro. Il presente è vissuto come parte di un'unica realtà, come se le menti di sé e dell'altro si fondessero e la verità del paziente, seppur funzionale a una finta stabilità, una volta crollata, lo lascia senza riferimenti e disorientato (Van der Kolk, 2005). Quando il senso di controllo viene a mancare, infatti, l'intollerabilità di quello stato e la necessità imminente di fare qualcosa per modificarlo lo possono portare ad avere, anche di fronte a stimoli apparentemente neutri, reazioni di attacco, fuga o freezing, senza la possibilità di imparare da quell'esperienza (Van der Kolk et al., 2005). Il paziente, a quel punto, per evitare il timore di subire umiliazione, rabbia e vergogna in risposta ai propri bisogni di accudimento e dipendenza (Fimiani, 2018), può adottare una posizione di distacco oppure di ostilità e disprezzo nei confronti del terapeuta, portandolo a sperimentare inadeguatezza, rabbia e un istinto a respingere il paziente. Una dinamica primaria nel trauma riguarda la rappresentazione di ruoli familiari di vittima-abusante nella relazione terapeutica: il terapeuta e il paziente incarnano questi ruoli, spesso in modo complementare l'uno con l'altro, rivivendo diversi aspetti delle relazioni di attaccamento del

paziente. Quando, però, il terapeuta non riesce ad essere all'altezza delle aspettative idealizzate del paziente su di sé come suo "salvatore", il paziente sperimenta uno stato di disperazione e una rabbia indifesa che porta alla disorganizzazione a livello emotivo, cognitivo e comportamentale (Herman, 2005). Tali rappresentazioni, se colte adeguatamente, possono fornire informazioni importanti sull'esperienza di attaccamento traumatico del paziente. Lo stato di ipervigilanza del paziente traumatico in situazioni ambigue, lo porta a monitorare attentamente l'ambiente, per cui svilupperà una sofisticata capacità di notare i segnali non verbali dell'altro e cercherà di risolverne l'ambiguità attraverso il bias interpretativo poiché lo stato di incertezza è intollerabile per lui (Arditte Hall & Arditte, 2022; Gebhardt et al., 2017). Tale iperattenzione sui segnali provenienti dal comportamento dell'altro, porta alla necessità che il terapeuta assuma un atteggiamento autentico e genuino all'interno della relazione, mantenendo una buona consapevolezza delle proprie emozioni, dei propri bisogni e della loro origine allo scopo di utilizzarli per comprendere e aiutare il paziente. Al contrario, ogni comportamento non autentico da parte del terapeuta lascia spazio a interpretazioni nel paziente traumatico, che saranno coerenti con la sua aspettativa negativa e favoriranno l'instaurarsi di cicli interpersonali disfunzionali (Carcione et al., 2016). In una relazione autentica e partecipata, sarà inevitabile pertanto che il terapeuta venga contagiato emotivamente e avverta in sé stesso emozioni corrispondenti a quelle provate dal paziente (Liotti & Farina, 2011): ad esempio, se il paziente si percepisce come inaiutabile e senza via d'uscita, il terapeuta sperimenterà inevitabilmente un profondo senso d'impotenza. Poiché nessun terapeuta è immune dalle risposte di controtransfert, né dalla traumatizzazione vicaria o secondaria che può verificarsi nel trattamento con questi pazienti, è di fondamentale importanza poter usufruire di frequenti consulenze e supervisioni, a ogni livello di esperienza (Pearlman & Saakvitne, 1995; Saakvitne & Pearlman, 1996).

### **Discussione e conclusioni**

I pazienti che sono stati privati del soddisfacimento dei bisogni primari di accudimento possono formare nella relazione terapeutica un caratteristico assetto nel quale tutte le reazioni sembrano assumere una qualità intensa, diverso dall'usuale esperienza terapeutica. Secondo Kernberg "è come se la vita del paziente dipendesse dal tenere sotto controllo il terapeuta" (1993) e questo genera una forza distruttiva che sembra introdursi ripetutamente nel rapporto fra i due. Sappiamo che le esperienze di neglect determinano una rappresentazione di sé come di scarso valore, inadeguato o indegno e conducono ad un'alterazione dei processi cognitivi e metacognitivi che rinforzano le credenze patogene su di sé e sull'altro (Alessandri & Lewis, 1996; Van der Kolk et al.,

2005). La vicinanza e l'intimità con l'altro coincidono nel paziente con l'idea di poter essere nuovamente abusati, maltrattati, trascurati o manipolati. L'emozione più frequentemente sperimentata da questi individui è la vergogna, che ha radice nella compromissione degli scopi di sentirsi accettati e di ricevere attenzione (Castelfranchi & Poggi, 1988) e che può connettersi a risposte compensative quali impotenza, sensibilità alla svalutazione e rabbia narcisistica (Bush, 2019). Una conseguenza di questo consiste nella difficoltà o incapacità a regolare il contatto empatico (eccessivo coinvolgimento o distacco), con possibili implicazioni per la terapia. La relazione terapeutica, infatti, oscilla come un pendolo tra una forte connessione empatica, che risulta spaventante per il paziente, e una rabbia distruttiva, che gli serve per riequilibrare il proprio senso di sicurezza di fronte al contatto terrifico con i propri bisogni di dipendenza e di accudimento. Il paradosso dei cicli interpersonali problematici nella relazione terapeutica è che questi offrono l'occasione di sentire qualcosa di molto simile a come il paziente si sente (Carcione et al., 2016), con il rischio di ottenere, nel trattamento dei pazienti con trauma complesso, una scarsa comprensione intellettuale a favore di quella empatica (che invece può risultare molto elevata). Rispetto a ciò, è fondamentale che il terapeuta riesca a riconoscere le proprie attivazioni elicitate dal paziente e che le sfrutti per raggiungere obiettivi terapeutici, oltre ad avvalersi di supervisioni periodiche per elaborarle in modo funzionale e per gestire il sovraccarico derivante dalle richieste del paziente, nonché dal contatto con i suoi vissuti traumatici. Come terapeuti, siamo abituati a riferirci all'alleanza terapeutica e a concettualizzarla come strumento di lavoro necessario a favorire il processo di cura e il raggiungimento degli obiettivi sani del paziente ma, nonostante possano sembrare simili, l'alleanza terapeutica è differente dalla relazione reale che abbiamo con i nostri pazienti. Mentre l'alleanza è un artefatto del trattamento, nel senso che esiste per raggiungere obiettivi terapeutici, la relazione reale esiste in un modo o nell'altro ogniqualvolta due persone si relazionano l'una con l'altra (Gelso, 2009). Ad esempio, l'esperienza di empatia da parte del terapeuta nei confronti del paziente può essere profondamente genuina; allo stesso tempo, egli può cercare di essere empatico perché è efficace per il trattamento. Sia terapeuti che pazienti possono provare sentimenti personali gli uni verso gli altri che prescindono dal lavoro che svolgono insieme, sebbene possano avere un impatto su di esso. La ricerca sulla relazione reale in psicoterapia è ancora in una fase precoce, ma alcuni studi iniziano ad evidenziarne la rilevanza per l'efficacia terapeutica. In particolare, sembrerebbe che il principale fattore ostacolante la costruzione della "relazione reale" consista proprio nella paura dell'intimità, ossia nella tendenza a evitare contatti emotivi nelle relazioni intime (Fuertes et al., 2007; Marmarosh et al., 2008). Sicuramente anche la vergogna potrebbe fungere da impedimento alla creazione di una relazione terapeutica autentica

poiché il paziente potrebbe dissimulare o celare i suoi timori più profondi. Riuscire a mantenere una buona competenza riflessiva e d'integrazione per il terapeuta nella relazione col paziente traumatico gli consente non solo di aumentare la propria autoefficacia terapeutica, ma anche di empatizzare col vissuto del paziente nei momenti di maggiore difficoltà, conservando la propria autenticità. Questa, se da un lato fa da modeling al paziente che si sente inamabile all'idea di esprimere parti autentiche di sé, dall'altro gli consente anche di ricostruire il senso di fiducia che è mancato nella sua vita e che è alla base di una relazione di dipendenza sana.

### Bibliografia

- Acevedo, B. P., & Aron, A. (2009). Does a long-term relationship kill romantic love?. *Review of General Psychology, 13*(1), 59-65.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical psychology review, 23*(1), 1-33.
- Alessandri, S. M., & Lewis, M. (1996). Differences in pride and shame in maltreated and nonmaltreated preschoolers. *Child development, 67*(4), 1857-1869.
- Anderson, T. L., & Emmers-Sommer, T. M. (2006). Predictors of relationship satisfaction in online romantic relationships. *Communication Studies, 57*(2), 153-172.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., & Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: the role of shame, anger, and childhood abuse. *Journal of abnormal psychology, 109*(1), 69.
- Arditte Hall, K. A., & Arditte, S. J. Threat-Related Interpretation Biases and Intolerance of Uncertainty in Individuals Exposed to Trauma. Available at SSRN 4118330.
- Arieti, S., & Bemporad, J. (1978). *Severe and mild depression*. Tavistock.
- Balint, M. (2013). *The basic fault: Therapeutic aspects of regression*. Routledge.
- Barach, P. M. (1991). Multiple personality disorder as an attachment disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships, 7*(2), 147-178.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology, 61*(2), 226.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Beck, A. T., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimensions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1987). *Beck depression inventory*. New York:: Harcourt Brace Jovanovich.
- Birtchnell, J. (1997). Attachment in an interpersonal context. *British Journal of Medical Psychology, 70*(3), 265-279.
- Birtchnell, J. (1998). The Handbook of Psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy, 71*, 207.
- Black, R. S., Curran, D., & Dyer, K. F. (2013). The impact of shame on the therapeutic alliance and intimate relationships. *Journal of clinical psychology, 69*(6), 646-654.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The psychoanalytic study of the child, 29*(1), 107-157.

- Blatt, S. J. (2011). Two configurations of personality development and psychopathology: etiologic and therapeutic implications. *Personality and psychopathology: Critical dialogues with David Shapiro*, 69-98.
- Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal psychology*, 85(4), 383.
- Blatt, S. J., Wein, S. J., Chevron, E. S., & Quinlan, D. M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 388.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: psychological dimensions of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(1), 113.
- Blatt, S. J., & Luyten, P. (2009). A structural–developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and psychopathology*, 21(3), 793-814.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical psychology review*, 12(5), 527-562.
- Boden, J. S., Fischer, J. L., & Niehuis, S. (2010). Predicting marital adjustment from young adults' initial levels and changes in emotional intimacy over time: A 25-year longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 17, 121-134.
- Boon, S., Steele, K., & Van Der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. WW Norton & Company.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Bornstein, R. F. (1995). Active dependency. *The Journal of nervous and mental disease*, 183(2), 64-77.
- Bornstein, R. F. (1998). Dependency in the personality disorders: Intensity, insight, expression, and defense. *Journal of clinical psychology*, 54(2), 175-189.
- Bornstein, R. F. (1999). Criterion validity of objective and projective dependency tests: A meta-analytic assessment of behavioral prediction. *Psychological Assessment*, 11(1), 48.
- Bosson, J. K., & Prewitt-Freilino, J. L. (2007). Overvalued and Ashamed. *The self-conscious emotions: Theory and research*, 407-425.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Volume II. Separation, anxiety and anger. In *Attachment and loss. volume II. Separation, anxiety and anger* (pp. 429-p).
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*, 145(1), 1-10.
- Budden, A. (2009). The role of shame in posttraumatic stress disorder: A proposal for a socio-emotional model for DSM-V. *Social science & medicine*, 69(7), 1032-1039.
- Burnett, P. C., & Demnar, W. J. (1996). The relationship between closeness to significant others and self-esteem. *Journal of Family Studies*, 2(2), 121-129.
- Bush, M. LA VERGONGA NELLA VITA QUOTIDIANA. (2019)
- Carcione, A., Semerari, A., & Nicolò, G. (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies, and intimacy: An attachment perspective. *Attachment & human development*, 3(2), 121-155.



- Castelfranchi, C., & Poggi, I. (1988). Vergogna. C. Castelfranchi, *Che figura. Emozioni e immagine sociale. Il Mulino, Bologna.*
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Beutler, L. E. (Eds.). (2019). *Principles of change: How psychotherapists implement research in practice.* Oxford University Press.
- Cheung, M. P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences, 36*(5), 1143-1153.
- Classson, K., & Söhlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 9*(4), 277-284.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: a test of the content-specificity hypothesis. *Journal of personality and social psychology, 56*(6), 958.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Scarvalone, P. (2002). Understanding revictimization among childhood sexual abuse survivors: An interpersonal schema approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(1), 91.
- Cloitre, M., Chase Stovall-McClough, K., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(3), 411.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology, 58*(4), 644.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2012). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach.* Guilford Press.
- Couyoumdjian, A., Ottaviani, C., Trincas, R., Spitoni, G., Tenore, K., & Mancini, F. (2012). The role of personal goals in depressive reaction to adverse life events: a cross-sectional study. *The Scientific World Journal, 2012.*
- Dalenberg, C. J. (2000). *Countertransference and the treatment of trauma.* American Psychological Association.
- Dandeneau, M. L., & Johnson, S. M. (1994). Facilitating intimacy: Interventions and effects. *Journal of Marital and Family Therapy, 20*(1), 17-33.
- De Hooze, I. E., Zeelenberg, M., & Breugelmans, S. M. (2010). Restore and protect motivations following shame. *Cognition and Emotion, 24*(1), 111-127.
- Descutner, C. J., & Thelen, M. H. (1991). Development and validation of a Fear-of-Intimacy Scale. *Psychological assessment: A journal of consulting and clinical psychology, 3*(2), 218.
- Dorahy, M. J. (2010). The impact of dissociation, shame, and guilt on interpersonal relationships in chronically traumatized individuals: A pilot study. *Journal of traumatic stress, 23*(5), 653-656.
- Dorahy, M. J., & Clearwater, K. (2012). Shame and guilt in men exposed to childhood sexual abuse: A qualitative investigation. *Journal of child sexual abuse, 21*(2), 155-175.
- Dyer, K. F., Dorahy, M. J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., ... & McElhill, B. (2009). Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *Journal of clinical psychology, 65*(10), 1099-1114.
- Emmons, R. A., & Colby, P. M. (1995). Emotional conflict and well-being: relation to perceived availability, daily utilization, and observer reports of social support. *Journal of personality and social psychology, 68*(5), 947.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American psychologist, 49*(8), 709.
- Erikson, E. H. (1951). Sex differences in the play configurations of preadolescents. *American Journal of Orthopsychiatry, 21*(4), 667.
- Feiring, C., & Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child maltreatment, 10*(4), 337-349.

- Feldman, L. B. (1979). Marital conflict and marital intimacy: An integrative psychodynamic-behavioral-systemic model. *Family process, 18*(1), 69-78.
- Fimiani, R. (2018). L'odio di sé.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry, 22*(3), 307-335.
- Fosha, D. (2000). Meta-therapeutic processes and the affects of transformation: Affirmation and the healing affects. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*, 71-97.
- Fuertes, J. N., Mislowack, A., Brown, S., Gur-Arie, S., Wilkinson, S., & Gelso, C. J. (2007). Correlates of the real relationship in psychotherapy: A study of dyads. *Psychotherapy Research, 17*(4), 423-430.
- Gebhardt, C., Alliger-Horn, C., Mitte, K., & Glaesmer, H. (2017). All-or-nothing thinking: the processing of emotional expressions in traumatized post-deployment soldiers. *Journal of anxiety disorders, 47*, 69-74.
- Gelso, C. J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research, 19*(3), 253-264.
- Giddens, A. (2013). *The transformation of intimacy: Sexuality, love and eroticism in modern societies*. John Wiley & Sons.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(4), 563-576.
- Gilbert, P., & McGuire, M. T. (1998). Shame, status, and social roles: Psychobiology and evolution.
- Godbout, N., Daspe, M. È., Lussier, Y., Sabourin, S., Dutton, D., & Hébert, M. (2017). Early exposure to violence, relationship violence, and relationship satisfaction in adolescents and emerging adults: The role of romantic attachment. *Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy, 9*(2), 127.
- Graham, G., & LaFollette, H. (1986). Honesty and intimacy. *Journal of Social and Personal Relationships, 3*, 3-18.
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *The American journal of psychiatry, 153*(6), 752-758.
- Halgin, R. P., & Leahy, P. M. (1989). Understanding and treating perfectionistic college students. *Journal of Counseling & Development, 68*(2), 222-225.
- Hand, M. M., Thomas, D., Buboltz, W. C., Deemer, E. D., & Buyanjargal, M. (2013). Facebook and romantic relationships: Intimacy and couple satisfaction associated with online social network use. *Cyberpsychology, behavior, and social networking, 16*(1), 8-13.
- Harder, D. W., Cutler, L., & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of personality assessment, 59*(3), 584-604.
- Harvey, S. M., Dorahy, M. J., Vertue, F. M., & Duthie, S. (2012). Childhood psychological maltreatment and perception of self, others, and relationships: A phenomenological exploration. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21*(3), 237-255.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and social Psychology, 59*(2), 270.
- Herman, J. L. (2005). *Guarire dal trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Magi.
- Herman, J. L. (2011). Posttraumatic stress disorder as a shame disorder.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *The Journal of psychotherapy practice and research, 10*(4), 205.



- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., von der Lippe, A., & Monsen, J. T. (2009). Pretreatment patient characteristics related to the level and development of working alliance in long-term psychotherapy. *Psychotherapy Research, 19*(2), 172-180.
- Hill, J., Davis, R., Byatt, M., Burnside, E., Rollinson, L., & Fear, S. (2000). Childhood sexual abuse and affective symptoms in women: a general population study. *Psychological Medicine, 30*(6), 1283-1291.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1983). The quality of social support: Measures of family and work relationships. *British journal of clinical psychology, 22*(3), 157-162.
- Holmes, J. (1997). Attachment, autonomy, intimacy: Some clinical implications of attachment theory. *British Journal of Medical Psychology, 70*(3), 231-248.
- Holmes, J. (2010). Integration in psychoanalytic psychotherapy—an attachment meta-perspective. *Psychoanalytic Psychotherapy, 24*(3), 183-201.
- Jackson, P. L., Meltzoff, A. N., & Decety, J. (2005). How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimage, 24*(3), 771-779.
- Janet, P., & Raymond, F. (1898). *Névroses et idées fixes* (Vol. 1). F. Alcan.
- Josselson, R. (1994). Identity and relatedness in the life cycle.
- Kaufman, G. (2004). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes*. Springer Publishing Company.
- Kelley, H. H. (1983). The situational origins of human tendencies: A further reason for the formal analysis of structures. *Personality and Social Psychology Bulletin, 9*(1), 8-30.
- Kernberg, O. F. (1993). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kim, B. N., Kim, J. W., Kim, H. W., Shin, M. S., Cho, S. C., Choi, N. H., ... & Yun, M. J. (2009). A 6-month follow-up study of posttraumatic stress and anxiety/depressive symptoms in Korean children after direct or indirect exposure to a single incident of trauma. *The Journal of clinical psychiatry, 70*(8), 12199.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. (1998). Resilience—recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of personality and social psychology, 74*(2), 420.
- Kirby, A. C., Beckham, J. C., Calhoun, P. S., Roberts, S. T., Taft, C. T., Elbogen, E. B., & Dennis, M. F. (2012). An examination of general aggression and intimate partner violence in women with posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims, 27*(5), 777-792.
- Kluft, R. P. (2007). Applications of innate affect theory to the understanding and treatment of dissociative identity disorder. *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment, 301-316*.
- Lafrenaye-Dugas, A. J., Godbout, N., & Hébert, M. (2018). Cumulative childhood trauma and therapeutic alliance: The moderator role of attachment in adult patients consulting in sex therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(7), 667-678.
- Laurenceau, J. P., Barrett, L. F., & Pietromonaco, P. R. (1998). Intimacy as an interpersonal process: the importance of self-disclosure, partner disclosure, and perceived partner responsiveness in interpersonal exchanges. *Journal of personality and social psychology, 74*(5), 1238.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British journal of medical psychology, 74*(4), 451-466.
- Levinger, G. (1980). Toward the analysis of close relationships. *Journal of experimental social psychology, 16*(6), 510-544.
- Lewis, H. B. (1986). The role of shame in depression. *Depression in young people, 325-339*.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Raffaello Cortina Editore.
- Lutwak, N., Panish, J., & Ferrari, J. (2003). Shame and guilt: Characterological vs. behavioral self-blame and their relationship to fear of intimacy. *Personality and individual differences, 35*(4), 909-916.

- Lyons-Ruth, K., Jacobovitz, D., Cassidy, J., & Shaver, P. R. (1999). Handbook of Attachment Theory and Research.
- Macdonald, J., & Morley, I. (2001). Shame and non-disclosure: A study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *British journal of medical psychology*, 74(1), 1-21.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the society for research in child development*, 66-104.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2021). Deontological and altruistic guilt feelings: A dualistic thesis. *Frontiers in psychology*, 12, 651937.
- Manne, S., Badr, H., & Kashy, D. A. (2012). A longitudinal analysis of intimacy processes and psychological distress among couples coping with head and neck or lung cancers. *Journal of Behavioral Medicine*, 35, 334-346.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438.
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 337.
- Mashek, D. J., & Sherman, M. D. (2004). Desiring less closeness with intimate others. In *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 353-366). Psychology Press.
- McAdams, D. P. (1980). A thematic coding system for the intimacy motive. *Journal of research in personality*, 14(4), 413-432.
- McClelland, D. C., Koestner, R., & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ?. *Psychological review*, 96(4), 690.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment.
- Mills, R. S. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental review*, 25(1), 26-63.
- Modestin, J. (1987). Counter-transference reactions contributing to completed suicide. *British Journal of Medical Psychology*, 60(4), 379-385.
- Mollon, P. (2005). The inherent shame of sexuality. *British Journal of Psychotherapy*, 22(2), 167-178.
- Morrison, A. P. (2011). The psychodynamics of shame.
- Nathanson, D. L. (1992). The nature of therapeutic impasse. *Psychiatric Annals*, 22(10), 509-513.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Volume 1: Evidence-based therapist contributions*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness, Vol. 2*. Oxford University Press.
- Parker, S., & Thomas, R. (2009). Psychological differences in shame vs. guilt: Implications for mental health counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 31(3), 213-224.
- Patrick, H., Knee, C. R., Canevello, A., & Lonsbary, C. (2007). The role of need fulfillment in relationship functioning and well-being: a self-determination theory perspective. *Journal of personality and social psychology*, 92(3), 434.
- Pearlman, L.A., & Caringi, J. (2009). Living and working self-reflectively to address vicarious trauma. In C.A. Courtois & J.D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 202-224). New York: Guilford Press.
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 449-459.

- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. WW Norton & Co.
- Poulson, C. (2000). Shame: the master emotion?.
- Rathus, J. H., & O'Leary, K. D. (1997). Spouse-specific dependency scale: Scale development. *Journal of Family Violence, 12*, 159-168.
- Reis, H. T., & Patrick, B. C. (1996). Attachment and intimacy: Component processes.
- Reis, H. T., & Shaver, P. (1988). Intimacy as an interpersonal process. In S. Duck, D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Ickes, & B. M. Montgomery (Eds.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (pp. 367–389). John Wiley & Sons.
- Rice, S., & Fallon, B. (2011). The indirect relationship between rumination, shame and depression: A mediation analysis for those experiencing relationship difficulties. *Journal of Relationships Research, 2*(1), 43-52.
- Rubenstein, C., & Shaver, P. (1982). The experience of loneliness. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, 206-223.
- Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. WW Norton & Co.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*(2), 154.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80.
- Sampson, E. E. (1977). Psychology and the American ideal. *Journal of Personality and social Psychology, 35*(11), 767.
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR inventory. *Journal of marital and family therapy, 7*(1), 47-60.
- Siegel, S. M., Friedlander, M. L., & Heatherington, L. (1992). Nonverbal relational control in family communication. *Journal of Nonverbal Behavior, 16*, 117-139.
- Siegel, D. J., & Solomon, M. F. (Eds.). (2003). *Healing trauma: Attachment, mind, body and brain (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Smith, A. E., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical psychology review, 30*(3), 326-337.
- Sobral, M. P., & Costa, M. E. (2015). Development of the Fear of Intimacy Components Questionnaire (FICQ). *European Journal of Psychological Assessment*.
- Sroufe, L. A., Carlson, E., & Shulman, S. (1993). Individuals in relationships: Development from infancy through adolescence.
- Steele, K., & Van der Hart, O. (1997). The Hypnotherapeutic Relationship with Trauma Patients: Pierre Janet's Contributions to Current Treatment. In *14th International Conference on Hypnosis, San Diego, CA*.
- Steele, K., van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation, 2*(4), 79-116.
- Stern, D. N. (2018). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Routledge.
- Sternberg, R. J., & Barnes, M. L. (1985). Real and ideal others in romantic relationships: Is four a crowd?. *Journal of personality and social psychology, 49*(6), 1586.
- Stewart, B. L., Dadson, M. R., & Fallding, M. J. (2011). The application of attachment theory and mentalization in complex tertiary structural dissociation: A case study. *Journal of aggression, maltreatment & trauma, 20*(3), 322-343.

- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. Guilford press.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships.
- Tracy, J. L., & Robins, R. W. (2007). The psychological structure of pride: a tale of two facets. *Journal of personality and social psychology*, 92(3), 506.
- Tronick, E., & Gold, C. M. (2021). *Il potere della discordia: perché il conflitto rafforza le relazioni*. Raffaello Cortina.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 389-399.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Editorial introduction: Child abuse & victimization. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van Sweden, R. C. (1995). *Regression to dependence: A second opportunity for ego integration and developmental progression*. Jason Aronson.
- Walant, K. (1995). *Creating the capacity for attachment: Treating addictions and the alienated self*. Rowman & Littlefield.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- Waring, E., McElrath, D., Lefcoe, D., & Weisz, G. (1981). Dimensions of intimacy in marriage. *Psychiatry*, 44(2), 169-175.
- Wilson, J. P., Droždek, B., & Turkovic, S. (2006). Posttraumatic shame and guilt. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7(2), 122-141.
- Winter, D. G. (1988). The power motive in women—and men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 510.
- Wu, C., Dorahy, M. J., Johnston, C. M., Näswall, K., & Hanna, D. (2020). Shame, personality orientation, and risk in intimacy: direct and estimated indirect pathways. *Current Psychology*, 1-9.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., Day, R. D., & Gangamma, R. (2014). Couple communication, emotional and sexual intimacy, and relationship satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, 40(4), 275-293.

**Carolina Papa, Psicologa - Psicoterapeuta**  
**Specializzata in psicoterapia cognitiva –**  
**training Perdighe e Procacci**  
**e-mail: [carolina.papa@menteverdepsicologia.it](mailto:carolina.papa@menteverdepsicologia.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)

## Oltre i modelli di trattamento: i meccanismi di cambiamento in psicoterapia

Ramona Fimiani<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Psicoterapia SPC, Roma

<sup>2</sup>Control-Mastery Theory - Italian Group (CMT-IG), Roma

<sup>3</sup>Centro Romano di Psicoterapie Integrate, Roma

### *Riassunto*

Decenni di ricerca attestano costantemente che il paziente, il terapeuta, la loro relazione e il metodo di trattamento agiscono di concerto nel determinare l'efficacia della psicoterapia. Una comprensione di ciò che contribuisce al successo della psicoterapia, quindi, deve necessariamente prendere in considerazione tutti questi fattori determinanti e il modo in cui lavorano insieme per produrre i suoi effetti benefici (Norcross & Lambert, 2019; Kazdin, 2009). I risultati di numerosi studi, infatti, hanno dimostrato che la relazione terapeutica contribuisce in modo sostanziale all'esito del trattamento (Norcross & Lambert, 2019; Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015), così come la figura stessa del terapeuta, evidenziando differenze significative nella capacità dei terapeuti di facilitare cambiamenti positivi nei loro pazienti (Castonguay & Hill, 2017). Inoltre, i risultati di molteplici meta-analisi suggeriscono che fornire ai pazienti una terapia personalizzata, adattando metodi e stili di relazione alle loro caratteristiche e ai loro bisogni specifici, sia più efficace che fornire una terapia basata su un manuale di trattamento per uno specifico disturbo (Norcross & Wampold, 2019). La responsività appropriata, dunque, rappresenta l'essenza della buona pratica (Watson & Weisman, 2021) e l'implementazione di trattamenti guidati da un'accurata formulazione del caso, rendendo possibile una progettazione personalizzata del trattamento, operazionalizza il problema della responsività e guida l'interazione responsiva tra paziente e terapeuta.

*Parole chiave:* relazione terapeutica; effetti del terapeuta; responsività appropriata; formulazione del caso.

### **Beyond treatment models: mechanisms of change in psychotherapy**

#### *Summary*

Decades of research consistently attest that the patient, the therapist, their relationship, and the method of treatment operate together in determining the efficacy of psychotherapy. An understanding of what contributes to the success of psychotherapy, therefore, should necessarily take into account all of these determinants and how they work together to produce its beneficial effects (Norcross & Lambert, 2019; Kazdin, 2009). In fact, the results of numerous studies have shown that the therapeutic relationship contributes substantially to treatment outcome (Norcross & Lambert, 2019; Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015), as does the person of the therapist, showing significant differences in the ability of therapists to facilitate positive changes in their patients (Castonguay & Hill, 2017). Moreover, findings from multiple meta-analyses suggest that providing patients with individualized therapy, adapting methods and styles of relating to their specific characteristics and needs, is more effective than providing therapy based on a treatment manual for a specific disorder (Norcross & Wampold, 2019). Appropriate responsiveness, therefore, is the essence of good practice (Watson & Weisman, 2021), and the implementation of treatments guided by accurate case formulation, making possible individualized treatment design, operationalizes the responsiveness problem and guides responsive interaction between patient and therapist.

*Key-words:* therapeutic relationship; therapist effects; appropriate responsiveness; case formulation.

## **Introduzione**

Sebbene l'efficacia della psicoterapia sia un dato ampiamente consolidato in letteratura, non è ancora chiaro quali siano i meccanismi responsabili del cambiamento. Parte di questo ritardo è attribuibile ai metodi utilizzati nella ricerca in psicoterapia, in particolare, i trial controllati randomizzati (*RCT*), che rappresentano il gold standard dei disegni di ricerca in psicoterapia.

L'impiego di questi metodi ha prodotto come conseguenza la proliferazione di trattamenti evidence-based per specifici disturbi (Barlow, 2000; Norcross et al., 2017), ma nessuno di questi trattamenti si è dimostrato superiore agli altri, nonostante la loro diversità teorica e tecnica e la differenza dei meccanismi di cambiamento ipotizzati (Wampold & Imel, 2015). Gli sforzi profusi nel promuovere trattamenti basati su prove di efficacia, sebbene siano nobili nelle intenzioni, si sono rivelati gravemente incompleti, giacché l'attenzione ai modelli di trattamento ha oscurato il ruolo critico svolto dalla relazione terapeutica, dalla persona del terapeuta e dal paziente nel produrre gli effetti benefici della psicoterapia (Norcross & Lambert, 2019). La sostanziale equivalenza dell'efficacia delle psicoterapie per disturbi specifici ha messo in evidenza proprio la centralità di questi fattori nel promuovere i benefici della psicoterapia.

### **1. Le qualità curative della relazione terapeutica**

I modelli sui fattori comuni (Wampold & Imel, 2015) sostengono che la relazione tra paziente e terapeuta sia il fondamento dell'efficacia della psicoterapia. In effetti, le migliori ricerche disponibili condotte negli ultimi decenni dimostrano chiaramente le *qualità curative della relazione terapeutica* e il valore benefico dell'adattamento di tale relazione ai singoli pazienti, al di là della loro diagnosi (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019). I risultati di molteplici meta-analisi hanno dimostrato che la relazione terapeutica contribuisce in modo sostanziale all'esito del trattamento, tanto quanto i particolari metodi di trattamento utilizzati (Norcross & Lambert, 2019; Lambert, 2013; Wampold & Imel, 2015). Valorizzare il ruolo della relazione terapeutica nel produrre gli effetti benefici della psicoterapia non significa, però, affermare che sia l'unico elemento efficace. Questa è la conclusione errata raggiunta nelle guerre culturali in psicoterapia che contrappongono il metodo di trattamento alla relazione terapeutica, portando a una polarizzazione della disciplina basata su una falsa dicotomia (Norcross & Lambert, 2019). Esiste, invece, una profonda sinergia tra i metodi di trattamento e la relazione terapeutica. Essi si modellano e si informano reciprocamente (Gelso, 2005): la relazione, infatti, non esiste a prescindere da ciò che il terapeuta fa in termini di metodo, e non è possibile immaginare alcun metodo di trattamento che non abbia un qualche impatto relazionale. I metodi di trattamento stessi sono atti relazionali (Safran



& Muran, 2000) e il valore di un metodo terapeutico è indissolubilmente legato al contesto relazionale in cui viene applicato (Norcross, 2010; Stiles et al., 1998).

Norcross e Wampold (2019) hanno raccolto le migliori evidenze di ricerca su ciò che “funziona” della relazione terapeutica. I risultati meta-analitici suggeriscono che *l'alleanza terapeutica* (Flückiger et al., 2018), *l'accordo sugli obiettivi e la collaborazione* tra paziente e terapeuta (Tryon et al., 2018), *l'empatia* (Elliott et al., 2018), *la considerazione positiva* del paziente, che si esprime attraverso il calore, la simpatia, il rispetto e l'accettazione (Farber et al., 2018) e *la raccolta dei feedback* del paziente (Lambert et al., 2018) hanno un'efficacia dimostrabile. Inoltre, *la relazione reale* (Gelso et al., 2019), *la coerenza/autenticità*, cioè la misura in cui terapeuta e paziente sono sé stessi nella relazione piuttosto che essere nascosti dietro ruoli stereotipati (Kolden et al., 2018), la capacità del terapeuta di *facilitare l'espressione delle emozioni* (Peluso & Freund, 2018), le *aspettative positive* del paziente (Constantino et al., 2019a), *la promozione della credibilità del trattamento* (Constantino et al., 2019b), *la gestione del controtransfert* (Hayes et al., 2019) e *la riparazione delle rotture dell'alleanza terapeutica* (Eubanks et al., 2018) sono fattori probabilmente efficaci. Queste variabili si sono rivelate predittori consistenti dell'efficacia del trattamento, con effect size (*d*) compresi tra 0.24 e 0.80.

In questa sede, ci focalizzeremo sui risultati della ricerca condotta sull'*alleanza terapeutica*, che rappresenta il costrutto più studiato nella ricerca sul processo terapeutico, nonché uno dei predittori più robusti del successo della psicoterapia (Flückiger et al., 2018). Il concetto di alleanza tra terapeuta e paziente affonda le sue radici nella tradizione psicoanalitica (Freud, 1913, 1937; Zetzel, 1956; Greenson, 1965, 1967; Luborsky, 1976) per riferirsi ai sentimenti sani, affettuosi e di fiducia del paziente verso l'analista, differenziati dalla componente transferale della relazione. Negli anni '70, Edward Bordin (1979, 1994) ha proposto una concettualizzazione panteorica del costrutto di alleanza, utilizzato per designare la componente relazionale presente in tutti i tipi di attività di aiuto, svincolando, quindi, la teorizzazione sull'alleanza dalle sue radici psicodinamiche e dal suo linguaggio. L'alleanza rappresenta una qualità emergente della collaborazione reciproca tra terapeuta e paziente che si basa su tre componenti: a) l'accordo rispetto agli obiettivi della terapia; b) l'accordo sui compiti della terapia; e c) il legame tra paziente e terapeuta (Bordin, 1979; Hatcher & Barends, 2006). Hatcher e Barends (2006) hanno descritto l'alleanza come “il grado in cui la diade terapeutica è impegnata in un lavoro di collaborazione con uno scopo” (p. 293), chiarendo il fondamento logico per cui il costrutto dell'alleanza è anche spesso definito e concettualizzato come “alleanza di lavoro”. La componente del legame considera il legame come un sostegno ai compiti e agli obiettivi della terapia, piuttosto che designare la relazione affettiva esistente tra i due

partecipanti. È interessante notare che le misure della relazione reale predicano l'esito del trattamento al di là delle misure dell'alleanza (Gelso, 2014), indicando che esse catturano qualità distinte della dimensione interpersonale.

Dalla meta-analisi iniziale di Horvath e Symonds (1991), le molteplici meta-analisi successive hanno evidenziato una correlazione moderata ma solida tra l'alleanza e i risultati di un'ampia gamma di trattamenti (Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Del Re et al., 2012; Flückiger et al., 2012). Una recente meta-analisi (Flückiger et al., 2018) basata su 306 studi ha evidenziato un effect size medio ponderato complessivo di  $r = 0.28$  (equivalente a  $d = .58$ ). Tale effect size indica che l'alleanza è responsabile di circa l'8% della varianza degli esiti del trattamento. L'analisi dei moderatori della relazione alleanza-esito ha evidenziato che essa non varia in funzione del metodo di trattamento, fornendo supporto all'ipotesi di Bordin (1994) secondo cui l'alleanza sia un fattore panteorico similmente rilevante in tutti i tipi di relazione terapeutica. Inoltre, l'alleanza risulta predittiva dell'esito del trattamento sia se questo è valutato con misure target, specifiche per un dato disturbo, sia se l'esito è valutato con misure che adoperano una definizione più ampia di salute mentale. L'insieme di queste evidenze suggerisce che l'alleanza offre un contributo reale e unico al processo terapeutico e costituisce un robusto predittore dell'efficacia della psicoterapia.

Configurandosi come un fenomeno diadico, sia il paziente che il terapeuta contribuiscono allo sviluppo dell'alleanza, sebbene i risultati di diversi studi (Baldwin et al., 2007; Dinger et al., 2008; Del Re et al., 2021; Crits-Christoph et al., 2009) indichino che il contributo del terapeuta all'alleanza e non quello del paziente sia associato all'esito, suggerendo che i terapeuti capaci di stabilire alleanze migliori con un'ampia gamma di pazienti ottengano risultati migliori. Queste evidenze gettano luce su un altro dei fattori ampiamente ignorati nella ricerca sull'efficacia, la persona del terapeuta.

## **2. L'effetto del terapeuta**

Sebbene la ricerca sull'efficacia abbia tentato di controllare l'influenza riconducibile alla figura del terapeuta sull'esito del trattamento, numerosi studi indicano che la figura del terapeuta offre un contributo unico al successo della terapia che non può essere ignorato (Castonguay & Hill, 2017).

Il termine *effetto del terapeuta* si riferisce al contributo che può essere attribuito ai terapeuti quando si valuta l'efficacia di un intervento psicologico (Lutz & Barkham, 2015). I dati riportati in letteratura indicano che gli effetti del terapeuta sono consistenti e robusti e spiegano presumibilmente dal 5% all'8% della varianza degli esiti del trattamento (Baldwin & Imel, 2013; Saxon & Barkham, 2012; Barkham et al., 2017; Crits-Christoph et al., 1991; Johns et al., 2019).



L'implicazione dell'esistenza degli effetti del terapeuta è che il terapeuta che i pazienti vedono sia tanto importante o forse più importante del tipo di trattamento che viene loro offerto (Wampold & Imel, 2015; Wampold & Brown, 2005), soprattutto se i problemi presentati dai pazienti sono gravi e complessi (Saxon & Barkham, 2012; Barkham et al., 2017).

Tuttavia, se i due terzi dei terapeuti non possono essere distinti in modo affidabile l'uno dall'altro sulla base della quantità di cambiamento che facilitano nei loro pazienti, circa il 15-20% dei terapeuti ottengono costantemente risultati migliori e il 15-20% ha risultati nettamente peggiori (Brown et al., 2005; Okiishi et al., 2006; Saxon & Barkham, 2012). Nel loro studio, Saxon & Barkham (2012) hanno rilevato che il tasso di recupero medio per i terapeuti più efficaci era del 73,3% con un intervallo compreso tra il 64,7% e il 95,6%, mentre il tasso di recupero medio per i terapeuti meno efficaci era del 40,4% con un intervallo compreso tra il 23,5% e il 52,6%. Ciò significa che i terapeuti più efficaci facilitavano nei pazienti un tasso di recupero quasi due volte maggiore dei terapeuti meno efficaci.

Ma cosa spiega le differenze nella capacità dei terapeuti di favorire risultati migliori? Gli studi suggeriscono che le variabili demografiche del terapeuta, come l'*età* (Chow et al., 2015; Huppert et al., 2001; Wampold & Brown, 2005; ma si veda Anderson et al., 2009 per un'eccezione), il *sesso* (Anderson et al., 2009; Chow et al., 2015; Owen et al., 2009; Schöttke et al., 2017; Wampold & Brown, 2005) e il *titolo professionale* (Chow et al., 2015; Kraus et al., 2016; Wampold & Brown, 2005) non siano correlate agli esiti del trattamento. Un dato piuttosto controverso, replicato in diversi studi, è che anche l'*esperienza del terapeuta* non sia correlata all'esito (Tracey et al., 2014; Chow et al., 2015; Kraus et al., 2016; Wampold & Brown, 2005), sebbene altri autori abbiano rilevato problemi significativi con la definizione e la misurazione dell'esperienza (Hill et al., 2017a, 2017b). Coerentemente con la letteratura più generale riguardo al contributo del particolare metodo di trattamento all'esito (Wampold & Imel, 2015), diversi studi hanno rilevato che l'*orientamento teorico* del terapeuta non sia predittivo dell'esito della psicoterapia (Anderson et al., 2009; Chow et al., 2015; Schöttke et al., 2017), così come sembrano non esserlo l'*aderenza* dei terapeuti a un protocollo di trattamento e la *competenza* valutata nell'erogazione di un particolare trattamento (Boswell et al., 2013; Huppert et al., 2001; Webb et al., 2010), sebbene siano necessari studi di disaggregazione più rigorosi per corroborare questa conclusione. Una review sistematica condotta su 31 studi da Heinonen e Nissen-Lie (2019) sulle caratteristiche professionali e personali dei terapeuti capaci di predire migliori esiti del trattamento rivela che le caratteristiche con una relazione più forte con l'esito del trattamento sono quelle tipo professionale, cioè maggiormente

attinenti al lavoro terapeutico, e non quelle personali che, al contrario, non mostrano una relazione forte e diretta con l'esito.

I risultati di questa review indicano che i terapeuti che *esprimono dubbi professionali su se stessi*, riflettono sulla loro pratica professionale, si interrogano sulla loro capacità di aiutare i pazienti (Nissen-Lie et al., 2013, 2017) e *investono del tempo nel miglioramento delle loro abilità terapeutiche* (Chow et al., 2015) ottengono risultati migliori al termine del trattamento. Questo dato risulta coerente con i risultati di uno studio precedente (Najavits & Strupp, 1994), che indica che i terapeuti più efficaci riferiscono di aver commesso più errori rispetto ai terapeuti meno efficaci. Inoltre, anche il tipo di *strategie di coping utilizzate dai terapeuti* per far fronte alle difficoltà incontrate ha un diverso impatto sull'esito. Per esempio, l'uso da parte dei terapeuti di un coping evitante, come, ad esempio, sperare che i problemi si risolvano da soli con il tempo, è predittivo di risultati peggiori (Heinonen et al., 2012), mentre l'uso di un coping costruttivo, come, ad esempio, discutere il problema con il paziente o con un collega, richiedere una supervisione e riflettere su se stessi, predice un miglior esito del trattamento (Heinonen et al., 2014; Nissen-Lie et al., 2017).

Le qualità relazionali dei terapeuti nel loro ruolo professionale valutate da giudici indipendenti sulla base delle risposte fornite a brevi simulazioni di situazioni terapeutiche particolarmente sfidanti sembrano essere predittori dell'esito del trattamento più robusti rispetto alle valutazioni delle capacità terapeutiche effettuate dai terapeuti stessi. Diversi studi suggeriscono che i terapeuti che possiedono *abilità interpersonali facilitanti*, quali focus sul problema, fluidità verbale, responsabilità interpersonale, persuasività, speranza, calore, considerazione positiva, empatia, capacità di promuovere l'espressione delle emozioni e capacità di formare e riparare le rotture dell'alleanza ottengono risultati migliori rispetto ad altri (Anderson et al., 2009; Anderson et al., 2016a; Schöttke et al., 2017; Hansen et al., 2015; Pereira & Barkham, 2015). Sorprendentemente, in uno studio condotto da Anderson e colleghi (2016b), i pazienti hanno ottenuto risultati migliori sulle misure sintomatologiche e globali al termine del trattamento e al follow-up se erano seguiti da dottorandi con livelli più alti di abilità interpersonali facilitanti, indipendentemente dal fatto che svolgessero un training in psicologia clinica o in altre discipline (ad esempio, biologia, chimica, storia). Questi studi suggeriscono che le situazioni sfidanti dal punto di vista interpersonale sono maggiormente efficaci nel far emergere le abilità interpersonali facilitanti del terapeuta. Solo in queste situazioni, infatti, capacità come l'autocontrollo, l'evitare di porsi in una posizione complementare a quella del paziente, l'empatia e la capacità di conservare una considerazione positiva del paziente, per citarne alcune, possono essere messe alla prova in modo adeguato ed emergono le varie risorse che differenziano i terapeuti più efficaci da quelli meno efficaci. Un

sostegno indiretto a questa ipotesi deriva anche dagli studi che indicano che maggiori capacità da parte dei terapeuti di *gestire il controtransfert* (Hayes et al., 2019) e di *stabilire alleanze con un'ampia gamma di pazienti* (Baldwin et al., 2007; Dinger et al., 2008; Zuroff et al., 2010; Crits-Christoph et al., 2009) siano predittive di un miglior esito del trattamento.

Inoltre, i risultati della review di Henonen e Nissen-Lie (2019) indicano che variabili intrapsichiche del terapeuta, come la qualità delle rappresentazioni sé-altro interiorizzate, lo stile di attaccamento o l'esperienza del legame con le proprie figure di accudimento primarie hanno uno scarso effetto sull'esito. Queste variabili di per sé sembrano troppo distanti dal setting terapeutico per avere un impatto rilevabile sul cambiamento del paziente (Wolff & Hayes, 2009). Le risorse dei terapeuti, invece, come un *atteggiamento mindful*, inteso come la capacità di portare la propria attenzione al momento presente con completa accettazione e senza giudizio, associato ad un maggior grado di *resilienza* (Ryan et al., 2012; Pereira et al., 2017), *l'intelligenza emotiva* (Reick & Callahan, 2013) e il *funzionamento riflessivo*, inteso come la capacità di identificare e comprendere i propri e altrui stati mentali (Cologon et al., 2017) hanno effetti benefici sull'esito del trattamento. Diversi studi suggeriscono che le risorse psicologiche dei terapeuti aiutano a compensare le loro vulnerabilità psicologiche. Ad esempio, Reick & Callahan (2013) hanno trovato che i terapeuti che presentavano elevati livelli di nevroticismo, misurato con il NEO-FFI, e di intelligenza emotiva erano più efficaci di quelli con livelli più elevati di nevroticismo ma più bassi livelli di intelligenza emotiva. È plausibile che nei terapeuti con elevata intelligenza emotiva, la maggiore sensibilità agli stati emotivi negativi, insita nel tratto del nevroticismo, sia d'aiuto per comprendere ed empatizzare con l'esperienza soggettiva del paziente. Allo stesso modo, si è riscontrato che un maggiore funzionamento riflessivo nei terapeuti compensa il loro attaccamento insicuro e un attaccamento sicuro compensa un minor funzionamento riflessivo nel predire esiti più favorevoli (Cologon et al., 2017).

Questi risultati riflettono lo stato dell'arte riguardo a ciò che sappiamo, dal punto di vista quantitativo, delle variabili che spiegano gli effetti del terapeuta (Castonguay & Hill, 2017). Questo filone di ricerca è in una fase ancora embrionale per cui altre variabili dovranno essere esaminate e i risultati esistenti dovranno essere replicati in altri studi (Wampold et al., 2017; Costantino et al., 2017). Per questo motivo, il numero ancora relativamente ridotto degli studi condotti in questo campo non permette di trarre conclusioni definitive.

In conclusione, decenni di ricerca attestano costantemente che il paziente, il terapeuta, la loro relazione e il metodo di trattamento agiscano di concerto nel determinare l'efficacia della psicoterapia. Una comprensione di ciò che contribuisce al successo della psicoterapia, quindi, deve

necessariamente prendere in considerazione tutti questi fattori determinanti e il modo in cui lavorano insieme per produrre i benefici della psicoterapia (Norcross & Lambert, 2019; Kazdin, 2009).

### **3. Fornire trattamenti personalizzati: cosa funziona per chi?**

La necessità di adattare la psicoterapia ai singoli pazienti è stata riconosciuta fin dall'inizio della psicoterapia moderna (Freud, 1919). Ogni psicoterapeuta sa che ciò che funziona per una persona può non funzionare per un'altra e che adattare la psicoterapia unicamente al disturbo presentato dal paziente è una procedura incompleta e non sempre efficace. Tuttavia, come abbiamo visto, gran parte degli studi controllati randomizzati in psicoterapia confronta l'efficacia di trattamenti specifici per disturbi specifici, tentando di identificare il metodo di trattamento migliore per un particolare disturbo. Il presupposto di tali studi è che pazienti, terapeuti e trattamenti siano variabili omogenee, assunti che Kiesler (1966) ha definito "miti dell'uniformità". I pazienti sono considerati omogenei perché condividono una medesima diagnosi, ma tale presupposto è fuorviante poiché la variabilità non diagnostica è la regola (Beutler & Clarkin, 1990). I pazienti con una stessa diagnosi, infatti, differiscono in modo sostanziale e queste differenze influenzano profondamente il processo terapeutico (Blatt et al., 2010).

La ricerca condotta negli ultimi decenni ha ripetutamente dimostrato che la relazione terapeutica e l'adattamento della psicoterapia alle caratteristiche, alle preferenze e alle visioni del mondo del paziente, oltre che alla diagnosi, esercitano un'influenza maggiore sull'esito della psicoterapia rispetto al metodo di trattamento specifico (Norcross & Lambert, 2019; Norcross & Wampold, 2019). Ciò non significa che le specifiche strategie terapeutiche o le tecniche siano irrilevanti per l'esito del trattamento, ma che il loro successo dipende da quanto esse siano utilizzate in modo responsivo, cioè in accordo con le caratteristiche e i bisogni specifici del paziente (Frank & Frank, 1991). I risultati di questi studi suggeriscono che *ciò che "funziona" è fornire al paziente una terapia personalizzata* (e.g., Caspar, 2019; Caspar & Grosse Holtforth, 2009; Castañeiras & Fernández-Álvarez, 2014; Kramer, 2019; Norcross & Wampold, 2011; Sampson, 2005; Shilkret, 2006; Silberschatz, 2005), selezionando metodi e stili di relazione diversi a seconda delle caratteristiche e dei bisogni del paziente (Norcross & Beutler, 2014; Hill et al., 2017a, 2017b; Tracey et al., 2014; Norcross & Golfried, 2019).

Dunque, la domanda da porsi non è quale trattamento sia più efficace per un particolare tipo di disturbo ma *"quale trattamento, da parte di chi, sia più efficace per questo individuo con quel problema specifico e in quali circostanze?"* (Paul, 1967). Come affermano Norcross & Wampold

(2019): “Nell’interminabile dibattito su quale psicoterapia funzioni meglio, siamo convinti che la risposta spassionata e basata sull’evidenza sia “dipende”. Dipende in particolare dal paziente, comprese le caratteristiche diagnostiche ma soprattutto quelle transdiagnostiche. E dipende più dalla relazione e dalla responsività che da un particolare metodo terapeutico” (p. 338). Decenni di ricerche e meta-analisi hanno stabilito che “l’efficacia delle psicoterapie aumenta se esse sono adattate alle esigenze uniche del paziente, non imponendo un letto di Procuste agli inconsapevoli consumatori dei servizi psicologici” (Norcross & Wampold, 2019, p.338). Gli psicoterapeuti, dunque, dovrebbero adattarsi ai loro pazienti, non il contrario.

#### **4. L’adattamento della psicoterapia alle caratteristiche specifiche del paziente**

La *responsività* è una caratteristica onnipresente dell’interazione umana nonché del dialogo terapeuta-paziente (Kramer & Stiles, 2015; Stiles, 2009, 2013, 2021; Stiles et al., 1998; Stiles & Horvath, 2017). Le relazioni, infatti, sono caratterizzate da una continua influenza reciproca, per cui le motivazioni, gli affetti, gli atteggiamenti e i comportamenti di ciascuno influenzano e sono influenzati da quelli dell’altro in un ciclo di feedback continuo. Secondo la concettualizzazione proposta da Stiles et al. (1998), la responsività può essere considerata sia in termini di variabili a cui i partecipanti rispondono sia in termini di variabili con cui i partecipanti rispondono. La “*responsività a*” riguarda le caratteristiche dei partecipanti o del contesto, come ad esempio l’età, il sesso, l’etnia, lo status socioeconomico, la diagnosi, la personalità dell’interlocutore, ma anche i micro-cambiamenti nelle emozioni, nel comportamento non verbale o nel contenuto delle narrazioni. La “*responsività con*” riguarda le azioni intraprese per rispondere alle caratteristiche dell’interlocutore o al contesto emergente della relazione.

Affermare che la psicoterapia sia un processo intrinsecamente responsivo significa che il contenuto e il processo emergono man mano che il trattamento procede, piuttosto che essere pianificati in anticipo. In questo senso, la responsività può essere contrapposta all’azione balistica (Stiles et al., 1998), cioè all’azione predeterminata che non tiene conto delle informazioni emergenti e del contesto. In psicoterapia, una responsività appropriata richiede sensibilità alle esigenze del paziente e la *capacità di fare la “cosa giusta” al momento giusto* per produrre un risultato desiderato, come la riduzione del disagio psicologico o il miglioramento della qualità della vita del paziente (Stiles & Horvath, 2017).

Esempi di responsività del terapeuta includono la scelta del trattamento in base ai problemi e alle caratteristiche del paziente, il perseguimento di una strategia terapeutica adeguata alle sue capacità, l’utilizzo di un repertorio flessibile di tecniche, l’adattamento del timing degli interventi alle

caratteristiche del paziente e la capacità di operare aggiustamenti agli interventi già in corso in base ai feedback del paziente (Kramer & Stiles, 2015; Muntigl & Horvath, 2014; Bohart & Wade, 2013; Levitt et al., 2016). Dunque, nel contesto della relazione tra terapeuta e paziente, una responsività appropriata rappresenta l'essenza della buona pratica, un principio operativo fondamentale per i terapeuti che si esplica nella capacità di fornire trattamenti personalizzati e di ottimizzare gli interventi adattandoli alle circostanze emergenti (Watson & Weisman, 2021; Kramer & Stiles, 2015).

Le evidenze meta-analitiche (Norcross & Wampold, 2019) indicano che adattare la terapia al *background culturale* (Soto et al., 2018), all'*identità religiosa/spirituale* (Captari et al., 2018) e alle *preferenze terapeutiche* dei pazienti (Swift et al., 2019) migliora in modo dimostrabile l'esito del trattamento. Probabilmente efficaci sono anche l'adattamento della terapia allo *stile di coping* (Beutler et al., 2018), al *livello di reattanza* (Edwards et al., 2019) e allo *stadio di cambiamento* del paziente (Krebs et al., 2018). Promettente è anche la ricerca sull'opportunità di adattare il trattamento agli *stili di attaccamento* dei pazienti (Levy et al., 2019). Infine, studi qualitativi e quantitativi indicano che l'attenzione all'*identità di genere* e all'*orientamento sessuale* dei pazienti potrebbe rivelarsi efficace, ma l'assenza di studi controllati randomizzati non rende possibile raggiungere conclusioni definitive (Budge & Moradi, 2019; Moradi & Budge, 2019). Il confronto tra trattamenti personalizzati e trattamenti convenzionali ha prodotto effect size (*d*) compresi tra 0.13 e 0.78, e una media di circa 0.50 (Norcross & Wampold, 2019). Queste meta-analisi includono in gran parte studi controllati randomizzati o quasi-randomizzati, fornendo prove causali dirette dei benefici che derivano dall'adattamento del trattamento alle caratteristiche dei pazienti, al di là della loro diagnosi.

In sintesi, i risultati di queste metanalisi forniscono prove empiriche robuste dei benefici derivanti dal progettare trattamenti personalizzati piuttosto che basati unicamente sul disturbo presentato dal paziente, dimostrando che adattare l'intervento alle caratteristiche uniche del paziente, al di là della diagnosi, migliora l'efficacia del trattamento. L'identificazione di queste variabili come salienti rappresenta lo stato dell'arte in termini di variabili importanti da considerare quando si progettano trattamenti personalizzati. Tuttavia, queste sono variabili di ordine superiore che guidano la pratica ma non forniscono una descrizione o comprensione più dettagliata, a grana fine, di come i terapeuti prendono decisioni momento per momento nel corso della seduta per rispondere ai bisogni emergenti dei pazienti.

Fare la "cosa giusta", infatti, implica intraprendere azioni diverse a seconda delle circostanze uniche e in evoluzione di ogni situazione (Stiles et al., 1998, Kramer & Stiles, 2015). In alcune

circostanze, un intervento adeguatamente responsivo implica porre al paziente domande esplorative, in altre proporre una particolare tecnica, in altre ancora annuire, sorridere o non fare nulla. Una responsività appropriata può anche richiedere interventi che causano disagio al paziente nel breve termine, come non rispondere a una domanda, affrontare un argomento che il paziente sta cercando di evitare, prescrivere l'esposizione a situazioni temute, al servizio di obiettivi a lungo termine. La cosa giusta da fare può variare, come abbiamo visto, a seconda di numerose variabili, come la diagnosi, l'intelligenza, l'istruzione, la personalità, la situazione sociale, la fase di vita, i valori e la storia personale del paziente, ma anche in base alla fase della terapia, alla storia di quella particolare relazione terapeutica, agli eventi immediatamente precedenti e alle circostanze della seduta (Norcross & Wampold, 2019). In breve, la cosa giusta da fare non è sempre la stessa e non è possibile prevederla in anticipo (Kramer & Stiles, 2015).

### **5. Responsività appropriata e aderenza ai manuali di trattamento**

Le differenze nella capacità dei terapeuti di essere appropriatamente responsivi possono aiutare a spiegare gli effetti del terapeuta, cioè le differenze osservate nell'efficacia dei terapeuti nel promuovere cambiamenti desiderati nei loro pazienti. Un terapeuta che fa spesso la cosa giusta tenderà a facilitare miglioramenti significativi nei suoi pazienti. Questa relazione ipotizzata tra responsività appropriata ed esito è mediata da un buon processo terapeutico (Stiles & Horvath, 2017; Hatcher, 2015). Un terapeuta responsivo promuove un buon processo, come lo sviluppo di una buona alleanza terapeutica, ottimizzando in modo appropriato la scelta, la dose, la modalità e la tempistica delle sue azioni in terapia. E un buon processo favorisce un buon esito del trattamento.

*La responsività appropriata non è solo una questione di scelta di una tecnica prevista da un manuale di trattamento.* Una particolare tecnica può essere un elemento chiave di un approccio efficace, ma per essere efficace deve essere usata in modo appropriato a seconda delle caratteristiche del paziente e delle circostanze emergenti (Stiles, 2021; Marques et al., 2019; Zilcha-Mano et al., 2018; Zilcha-Mano, 2021). Un terapeuta può usare una tecnica con intensità inappropriata, con il paziente sbagliato o al momento sbagliato.

Come osservato da Bacal (1998) un modello di trattamento, in quanto sistema di interventi prescritti e proscritti, è indispensabile per qualsiasi terapeuta. Avere un approccio teorico e tecnico chiaro e coerente può essere esso stesso responsivo ai bisogni di molti, come illustrato da Wampold & Imel (2015) nel loro Modello Contestuale di psicoterapia. Tuttavia, qualsiasi approccio teorico rischia di non riconoscere che ciò che è terapeutico per un particolare paziente è altamente variabile e non può essere conosciuto solo sulla base della teoria (Bacal & Carlton, 2010).



La teoria e la ricerca possono aiutare a identificare la gamma di interventi potenzialmente utili, ma una responsività appropriata non limita la gamma di interventi possibili. Ne consegue che un dato modello di trattamento può essere responsivo ai bisogni di alcuni pazienti ma non di altri (Swift & Greenberg, 2012; Lambert, 2017), e che la flessibilità teorica e tecnica è una caratteristica necessaria per una pratica responsiva e un'assistenza ottimale (Norcross & Beutler, 2014; Hill et al., 2017; Tracey et al., 2014; Norcross & Goldfried, 2019; Lambert, 2010).

Diversi studi, ad esempio, suggeriscono che i terapeuti variano sistematicamente il loro repertorio di tecniche in risposta alle diverse esigenze dei pazienti, anche se tale variazione si traduce in una minore aderenza ai protocolli di trattamento (Kendall & Frank, 2018; Marques et al., 2019; Boswell et al., 2013; Imel et al., 2011; Zilcha-Mano et al., 2018; Garfield, 1992). Inoltre, è emerso che una maggiore flessibilità nel grado di aderenza alle tecniche prescritte di un determinato approccio terapeutico si associa a esiti migliori (Owen & Hilsenroth, 2014; Katz et al., 2019) e, in modo complementare, che un'elevata aderenza a un protocollo di trattamento può avere delle conseguenze deleterie (Castonguay et al., 1996; Henry et al., 1993a, 1993b).

Peraltro, i risultati di due meta-analisi (Webb et al., 2010; Boswell et al., 2013), che hanno indagato la relazione tra l'erogazione aderente e competente di trattamenti specifici e l'esito del trattamento, indicano che le correlazioni dell'aderenza e della competenza con l'esito non sono, in media, significativamente diverse da zero. Questi risultati suggeriscono che l'aderenza e la competenza in un dato metodo di trattamento hanno relazioni più complesse con gli esiti di quanto ci si potrebbe aspettare. Boswell e colleghi (2013) hanno osservato che “oltre la metà della varianza nell'aderenza e nella competenza era spiegata a livello della seduta, suggerendo che la fedeltà fosse guidata dal contesto” (p. 451), fornendo quindi un supporto empirico indiretto per l'ipotesi della responsività.

Questi risultati indicano che, sebbene vi siano differenze dimostrabili tra i terapeuti nei loro livelli di aderenza, vi sono anche notevoli differenze all'interno della casista di ciascun terapeuta (Baldwin & Imel, 2013; Boswell et al., 2013; Imel et al., 2011; Maiwald et al., 2019). Il fatto che i terapeuti tendano a variare il loro livello di aderenza tra i pazienti e da una seduta all'altra indica l'influenza reciproca e interattiva della diade sulla scelta degli interventi da parte del terapeuta.

Il modello della responsività tiene conto del fatto che i terapeuti incontrano un'ampia gamma di sfide e opportunità nella loro interazione con i pazienti. Pertanto, quando i terapeuti incontrano una sfida che non può essere superata attingendo al repertorio di tecniche previste dal loro approccio terapeutico, essi fanno buon uso di tecniche che non sono prescritte da un particolare manuale di



trattamento per soddisfare le esigenze della situazione e ottimizzare i risultati (Aviram et al., 2016; Katz et al., 2019).

Dunque, i risultati di questi studi suggeriscono che una responsabilità appropriata consente di bilanciare in modo ottimale i bisogni e le esigenze dei pazienti con le procedure e le tecniche di trattamento (Watson & Wiseman, 2021), e che terapeuti responsivi utilizzano in modo flessibile un ampio repertorio di tecniche per rispondere ai bisogni del paziente, anche se ciò implica sacrificare l'aderenza a un particolare metodo di trattamento.

## **6. Il vantaggio di una pratica guidata da una formulazione del caso**

L'idea di poter prescrivere una responsabilità appropriata contiene in sé un paradosso: terapeuti, pazienti e valutatori addestrati sono in grado di valutare se un intervento in un particolare momento sia stato appropriato o meno, tenendo conto del contesto, dei tempi di esecuzione e del paziente, ma non sono in grado di specificare in anticipo quali interventi siano giusti. Tale fenomeno è stato definito da Stiles (2021) "*fenomeno Pirsig*", dal nome di Robert Pirsig (1974), il quale sosteneva che le persone sembrano in grado di giudicare la qualità di molte cose, ma non sono in grado di specificare in generale in cosa consista la qualità. Una possibile soluzione a questo problema di rilevanza clinica è offerta dall'implementazione di una pratica guidata da un'accurata formulazione del caso del paziente.

La *formulazione di un caso* (Kramer, 2019) può essere generalmente definita come un'ipotesi sulle cause, i fattori scatenanti e di mantenimento dei problemi psicologici, interpersonali e comportamentali di una persona (Eells, 2007). Una formulazione del caso contiene, dunque, un insieme di ipotesi idiosincratiche, che spiegano le osservazioni attraverso le lenti della teoria clinica con l'obiettivo di comprendere un paziente. Essa rappresenta l'anello di congiunzione tra le basi di conoscenza nomotetiche e i contenuti idiografici della narrazione, dell'esperienza e della presentazione di sé del singolo paziente. Una formulazione accurata sintetizza le informazioni, integra, differenzia e dà significato alla fenomenologia dei problemi presentati dal paziente. Mentre il comportamento osservato può essere simile tra gli individui, il significato simboleggiato può essere diverso per ciascuno di essi e la formulazione del caso aiuta a spiegare queste differenze. Nella metodologia della formulazione del caso, inoltre, è incorporato un ciclo di feedback (Eells, 2013): la formulazione contiene previsioni sul comportamento e sull'esperienza del paziente che saranno poi monitorate, testate e valutate nel corso dell'intera psicoterapia.

La ricerca ha dimostrato che psicoterapeuti esperti propongono formulazioni del caso parsimoniose, sintetiche e clinicamente rilevanti per il processo e l'esito del trattamento (Eells et al.,

2005). Tali formulazioni offrono l'opportunità non solo di comprendere l'esperienza soggettiva del paziente ma conseguentemente di prendere decisioni clinicamente appropriate e di personalizzare l'intervento. Una buona formulazione contribuisce a dare forma alla pianificazione e all'attuazione del trattamento, offrendo un aiuto sistematico nel creare un focus terapeutico condiviso, assiste il terapeuta nella scelta dell'atteggiamento relazionale più adatto ai bisogni del paziente, fornisce al terapeuta una bussola che lo aiuta a selezionare l'intervento più appropriato momento per momento e lo aiuta a dare un significato alle manifestazioni ed esperienze emergenti del paziente e del terapeuta, come, ad esempio, un atteggiamento provocatorio del paziente, rispetto alle quali un trattamento evidence-based non sempre indica cosa fare. Tutte queste virtù possono essere essenziali per lo sviluppo di una forte alleanza e per promuovere esiti positivi.

In definitiva, il metodo della formulazione del caso, rendendo possibile una progettazione personalizzata del trattamento, operationalizza il problema della responsività e guida l'interazione responsiva tra paziente e terapeuta. Concettualizzando i problemi presentati dal paziente da una prospettiva ideografica, la formulazione del caso fornisce al terapeuta linee guida concrete su come ottimizzare i risultati per mezzo di interventi responsivi ai bisogni e alle esigenze specifiche del paziente. La formulazione del caso è una componente moderna dell'intervento psicologico e psicoterapeutico (Eells, 2007; Ingram, 2016; Johnstone & Dallos, 2013; Macneil et al., 2012; Sturmey, 2009), ma nonostante queste conclusioni i modelli di psicoterapia e la ricerca in psicoterapia non sempre hanno utilizzato il potenziale dell'integrazione dell'approccio nomotetico e ideografico contenuto nella formulazione del caso per sviluppare interventi efficaci (Eells, 2013).

### Bibliografia

- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 26(5), 511–529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Anderson, T., McClintock, A. S., Himawan, L., Song, X., & Patterson, C. L. (2016a). A prospective study of therapist facilitative interpersonal skills as a predictor of treatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(1), 57–66. <https://doi.org/10.1037/ccp0000060>
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755–768. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20583>
- Aviram, A., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2016). Responsive management of early resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(9), 783–794. <https://doi.org/10.1037/ccp0000100>
- Bacal, H. A. (1998). Optimal responsiveness and the therapeutic process. In H. A. Bacal (Ed.), *Optimal responsiveness: How therapists heal their patients* (pp. 3–34). Jason Aronson.
- Bacal, H. A., & Carlton, L. (2010). *The power of specificity in psychotherapy: When therapy works – and when it doesn't*. Jason Aronson.

- Baldwin, S. A. & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 259–297). Wiley.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance - outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842-852. <https://www.doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-002>
- Barlow, D. H. (2000). Evidence-based practice: A world view [Editorial]. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(3), 241–242. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.3.241>
- Beutler, L. E., & Clarkin, J. F. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. Brunner/Mazel.
- Beutler, L. E., Kimpura, S., Edwards, C. J., & Miller, K. D. (2018). Fitting psychotherapy to patient coping style: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1980–1995. <https://doi.org/10.1002/jclp.22684>
- Blatt S.J., Zuroff D.C., Hawley L.L., Auerbach J.S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20(1), 37-54. doi: 10.1080/10503300903121080
- Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219-257). John Wiley & Sons, Inc.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13– 37). Wiley.
- Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Sauer-Zavala, S. E., Bullis, J., Gorman, J. M., Shear, M. K., Woods, S., & Barlow, D. H. (2013). Patient characteristics and variability in adherence and competence in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 443–454. <https://doi.org/10.1037/a0031437>
- Brown, G. S. J., Lambert, M. J., Jones, E. R., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care environment. *The American Journal of Managed Care*, 11(8), 513–520.
- Budge, S. L., & Moradi, B. (2019). Gender identity. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 133–156). Oxford.
- Captari, L. E., Hook, J. N., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy-Heltzel, S. E., & Worthington, E. L. (2018). Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1938–1951. <https://doi.org/10.1002/jclp.22681>
- Caspar, F. (2019). Plan analysis and the motive-oriented therapeutic relationship. In U. Kramer (Ed.), *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client* (pp. 265–290). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813521-1.00014-X>
- Caspar, F., & Grosse Holtforth, M. (2009). Responsiveness — Eine entscheidende Prozessvariable in der Psychotherapie [Responsiveness — A decisive process-variable in psychotherapy], *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38(1), 61–69.
- Castañeiras, C., & Fernández-Álvarez, H. (2014). Complex and difficult clinical patients: Reflections on Fernández-Álvarez's integrative psychotherapy model as applied to the case of "Sonia" *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 10(1), 40–47. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v10i1.1846>
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. American Psychological Association.

- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 497–504. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497>
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy, 52*, 337–345. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000015>
- Cologon, J., Schweitzer, R. D., King, R., & Nolte, T. (2017). Therapist reflective functioning, therapist attachment style and therapist effectiveness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(5), 614–625. doi: 10.1007/s10488-017-0790-5
- Constantino, M. J., Bowell, J. F., Coyne, A. E., Kraus, D. R., & Castonguay, L. G. (2017). Who works for whom and why? Integrating therapist effects analysis into psychotherapy outcome and process research In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 54–68). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R., & Vislă, A. (2019b). Promoting treatment credibility. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 495–521). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0014>
- Constantino, M. J., Vislă, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2019a). Cultivating positive outcome expectation. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 461–494). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0013>
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A., Woody, G., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*(2), 81–91. <https://doi.org/10.1080/10503309112331335511>
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The Alliance in Motivational Enhancement Therapy and Counseling as Usual for Substance Use Problems. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(6), 1125–1135. <https://doi.org/10.1037/a0017045>
- Crits-Christoph, P., Gallop, R., Temes, C. M., Woody, G., Ball, S. A., Martino, S., & Carroll, K. M. (2009). The Alliance in Motivational Enhancement Therapy and Counseling as Usual for Substance Use Problems. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(6), 1125–1135. <https://doi.org/10.1037/a0017045>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., & Wampold, B. E. (2021). Examining therapist effects in the alliance–outcome relationship: A multilevel meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 89*(5), 371–378. <https://doi.org/10.1037/ccp0000637>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*(7), 642–649.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 344–354. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20443>
- Edwards, C. J., Beutler, L. E., & Someah, K. (2019). Reactance level. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 188–211). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0007>
- Eells, T. D. (2013). The case formulation approach to psychotherapy research revisited. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 9*(4), 426–447. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v9i4.1834>
- Eells, T. D. (Ed.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). Guilford Press.
- Eells, T. D., Lombart, K. G., Kendjelic, E. M., Turner, L. C., & Lucas, C. P. (2005). The Quality of Psychotherapy Case Formulations: A Comparison of Expert, Experienced, and Novice Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(4), 579–589. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.579>

- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>
- Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 411–423. <https://doi.org/10.1037/pst0000171>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10–17. <https://www.doi.org/10.1037/a0025749>
- Freud, A. (1937). The ego and the mechanisms of defence. *L. and Virginia Woolf at the Hogarth Press, and Institute of Psycho-analysis*.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 122–144). Hogarth.
- Garfield, S. L. (1992). Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 169–201). Basic Books.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117–131. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.845920>
- Gelso, C. J. (Ed.). (2005). The interplay of techniques and the therapeutic relationship in psychotherapy [Special issue]. *Psychotherapy*, 42(4).
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., Jr., & Markin, R. D. (2019). The real relationship. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 351–378). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0010>
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155–179.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. International University Press.
- Hansen, B. P., Lambert, M. J., & Vlass, E. N. (2015). Sudden gains and sudden losses in the clients of a "supershrink": 10 case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 11(3), 154–201. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v11i3.1915>
- Hatcher, R. L. (2015). Interpersonal competencies: Responsiveness, technique, and training in psychotherapy. *American Psychologist*, 70(8), 747–757. <https://doi.org/10.1037/a0039803>
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292–299. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.292>
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Kivlighan, D. M. III, & Goldberg, S. B. (2019). Managing countertransference. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 522–548). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.003.0015>
- Heinonen E, Nissen-Lie H. A. (2019) The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research*, 30(4), 417–432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>
- Heinonen, E., Knekt, P., Jääskeläinen, T., & Lindfors, O. (2014). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *European Psychiatry*, 29, 265–274. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.07.002>
- Heinonen, E., Lindfors, O., Laaksonen, M. A., & Knekt, P. (2012). Therapists' professional and personal characteristics as predictors of outcome in short- and long-term psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 138, 301–312. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.023
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993a). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 441–447. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.441>



- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993b). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 434–440. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.434>
- Hill, C. E., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Spiegel, S. B., & Gelso, C. J. (2017a). Therapist Expertise: The Debate Continues. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 99–112. <https://doi.org/10.1177/0011000016671006>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Jr., & Gelso, C. J. (2017b). Therapist expertise in psychotherapy revisited  $\psi$ . *The Counseling Psychologist, 45*(1), 7–53. <https://doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. (pp. 37–69). Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139–149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). The alliance in adult psychotherapy. In J. E. Norcross (Ed.), *Relationships that works* (pp. 25–69). Oxford University Press.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 747–755. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.747>
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 747–755. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.747>
- Imel, Z. E., Baer, J. S., Martino, S., Ball, S. A., & Carroll, K. M. (2011). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence, 115*(3), 229–236. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.010>
- Ingram, B. L. (2016). Case formulation and treatment planning. In J. C. Norcross, G. R. Vandenbos, D. K. Freedheim, & R. Krishnamurthy (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Applications and methods, Vol. 3* (pp. 233–249). APA.
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical Psychology Review, 67*, 78–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2013). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems*. Routledge.
- Katz, M., Hilsenroth, M. J., Gold, J. R., Moore, M., Pitman, S. R., Levy, S. R., & Owen, J. (2019). Adherence, flexibility, and outcome in psychodynamic treatment of depression. *Journal of Counseling Psychology, 66*(1), 94–103. <https://doi.org/10.1037/cou0000299>
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4–5), 418–428. [doi:10.1080/10503300802448899](https://doi.org/10.1080/10503300802448899)
- Kendall, P. C., & Frank, H. E. (2018). Implementing evidence-based treatment protocols: Flexibility within fidelity. *Clinical Psychology: Science and Practice, 25*(4), e12271. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12271>
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin, 65*(2), 110–136. <https://doi.org/10.1037/h0022911>
- Kolden, G. G., Wang, C.-C., Austin, S. B., Chang, Y., & Klein, M. H. (2018). Congruence/genuineness: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 424–433. <https://doi.org/10.1037/pst0000162>
- Kramer, U. (Ed.). (2019). *Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client*. Elsevier Academic Press.
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*(3), 277–295. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Kraus, D. R., Bentley, J. H., Alexander, P. C., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Baxter, E. E., & Castonguay, L. G. (2016). Predicting therapist effectiveness from their own practice-based evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*, 473–483. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000083>

- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1964–1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12141-000>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169–218). Wiley.
- Lambert, M. J. (2017). Maximizing Psychotherapy Outcome beyond Evidence-Based Medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics, 86*(2), 80–89. <https://doi.org/10.1159/000455170>
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., & Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: A meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>
- Levitt, H. M., Pomerville, A., & Surace, F. I. (2016). A qualitative meta-analysis examining clients' experiences of psychotherapy: A new agenda. *Psychological Bulletin, 142*(8), 801–830. <https://doi.org/10.1037/bul0000057>
- Levy, K. N., Johnson, B. N., Gooch, C. V., & Kivity, Y. (2019). Attachment style. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 15–55). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0002>
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92–116). Brunner/Mazel.
- Lutz, W., & Barkham, M. (2015). Therapist effects. In R. Cautin & S. Lilienfeld (Eds.), *Encyclopedia of clinical psychology* (pp. 1–6). Wiley-Blackwell.
- Macneil, C. A., Hasty, M. K., Conus, P., & Berk, M. (2012). Is diagnosis enough to guide interventions in mental health? Using case formulation in clinical practice. *BMC Medicine, 10*, 111–113.
- Maiwald, L. M., Junga, Y. M., Lang, T., Montini, R., Witthöft, M., Heider, J., Schröder, A., & Weck, F. (2019). The role of therapist and patient in-session behavior for treatment outcome in exposure-based cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology, 75*(4), 614–626. <https://doi.org/10.1002/jclp.22738>
- Marques, L., Valentine, S. E., Kaysen, D., Mackintosh, M.-A., Dixon De Silva, L. E., Ahles, E. M., Youn, S. J., Shtasel, D. L., Simon, N. M., & Wiltsey-Stirman, S. (2019). Provider fidelity and modifications to cognitive processing therapy in a diverse community health clinic: Associations with clinical change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(4), 357–369. <https://doi.org/10.1037/ccp0000384>
- Moradi, B., & Budge, S. L. (2019). Sexual orientation. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 264–295). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0009>
- Muntigl, P., & Horvath, A. O. (2014). The therapeutic relationship in action: How therapists and clients co-manage relational disaffiliation. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 24*(3), 327–345.
- Najavits, L. M., & Strupp, H. H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 31*(1), 114–123. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.1.114>
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research, 23*, 86–104. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.735775>
- Nissen-Lie, H. A., Rønnestad, M. H., Høglend, P. A., Havik, O. E., Solbakken, O. A., Stiles, T. C., & Monsen, J. T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*, 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *Heart & soul of change in psychotherapy* (2nd ed.). American Psychological Association.

- Norcross, J. C., & Beutler, L. E. (2014). Evidence-based relationships and responsiveness for depression and substance abuse. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 617–639). The Guilford Press.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2019). *Handbook of psychotherapy integration* (3rd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190690465.001.0001>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Eds.). (2019). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 423–430). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0021>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2019). Evidence-based psychotherapy responsiveness: The third task force. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 1–14). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0001>
- Norcross, J. C., Hogan, T. P., Koocher, G. P., & Maggio, L. A. (2017). *Clinician's guide to evidence-based practices: Behavioral health and addictions* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 1157–1172. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20272>
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 61*(2), 280–288. <https://doi.org/10.1037/a0035753>
- Owen, J., Wong, Y. J., & Rodolfa, E. (2009). Empirical search for psychotherapists' gender competence in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*, 448–458. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017958>
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting, 31*(2), 109–118.
- Peluso, P. R., & Freund, R. R. (2018). Therapist and client emotional expression and psychotherapy outcomes: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 461–472. <https://doi.org/10.1037/pst0000165>
- Pereira, J.-a., & Barkham, M. (2015). An exceptional, efficient, and resilient therapist: A case study in practice-based evidence. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 11*(3), 216–223. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v11i3.1917>
- Pereira, J.-A., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2017). The role of practitioner resilience and mindfulness in effective practice: A practice-based feasibility study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(5), 691–704. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0747-0>
- Pirsig, R. M. (1974). *Zen and the art of motorcycle maintenance*. University Press.
- Rieck, T., & Callahan, J. L. (2013). Emotional intelligence and psychotherapy outcomes in the training clinic. *Training and Education in Professional Psychology, 7*(1), 42–52. <https://doi.org/10.1037/a0031659>
- Ryan, A., Safran, J. D., Doran, J. M., & Muran, J. C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research, 22*(3), 289–297. doi: 10.1080/10503307.2011.650653
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance*. Guilford.
- Sampson, H. (2005). Treatment by Attitudes. In G. Silberschatz (Ed.), *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy* (pp. 111–119). Routledge.
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 535–546. <https://doi.org/10.1037/a0028898>
- Schöttke, H., Flückiger, C., Goldberg, S. B., Eversmann, J., & Lange, J. (2017). Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 27*(6), 642–652. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1125546>



- Shilkret, C. J. (2006). Endangered by interpretations: Treatment by attitude of the narcissistically vulnerable patient. *Psychoanalytic Psychology*, 23(1), 30–42. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.23.1.30>
- Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy*. Routledge.
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Domenech Rodríguez, M., & Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1907–1923. <https://doi.org/10.1002/jclp.22679>
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86–91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x>
- Stiles, W. B. (2013). The variables problem and progress in psychotherapy research. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(1), 33–41. <https://doi.org/10.1037/a0030569>
- Stiles, W. B. (2021). Responsiveness in psychotherapy research: Problems and ways forward. In J. C. Watson & H. Wiseman (Eds.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (pp. 15–35). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-002>
- Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 71–84). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-005>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Sturmey, P. (2009). *Varieties of case formulation*. Wiley.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M., & Parkin, S. R. (2019). Preferences. In J. C. Norcross & B. E. Wampold (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist responsiveness* (pp. 157–187). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0006>
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69, 218–229. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035099>
- Tryon, G. S., Birch, S. E., & Verkuilen, J. (2018). Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 372–383. <https://doi.org/10.1037/pst0000170>
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914–923. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate* (2nd ed.). Erlbaum.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. g., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 37–53). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-003>
- Watson, J. C., & Wiseman, H. (Eds.). (2021). *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000240-000>
- Webb, C., DeRubeis, R., & Barber, J. (2010). Therapist Adherence/Competence and Treatment Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78, 200–211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Webb, C., DeRubeis, R., & Barber, J. (2010). Therapist Adherence/Competence and Treatment Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78, 200–211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>

- Wolff, M. C., & Hayes, J. A. (2009). Therapist variables: Predictors of process in the treatment of alcohol and other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(1), 51–65. <https://doi.org/10.1080/07347320802586791>
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–376.
- Zilcha-Mano, S. (2021). Toward personalized psychotherapy: The importance of the trait-like/state-like distinction for understanding therapeutic change. *American Psychologist*, 76(3), 516–528. <https://doi.org/10.1037/amp0000629>
- Zilcha-Mano, S., Dolev, T., Leibovich, L., & Barber, J. P. (2018). Identifying the most suitable treatment for depression based on patients' attachment: Study protocol for a randomized controlled trial of supportive-expressive vs. supportive treatments. *BMC Psychiatry*, 18, Article 362. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1934-1>
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, M. J., Blatt, S. J., & Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 681–697.

**Ramona Fimiani, Psicologa - Psicoterapeuta**

**Specializzata in psicoterapia cognitiva – Training Perdighe e Procacci**

**e-mail: [ramona.fimiani@hotmail.it](mailto:ramona.fimiani@hotmail.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)

## **Adozione internazionale, trauma e dissociazione: lo Star Model e l'applicazione di tecniche terapeutiche in età evolutiva**

Giulia Natalucci

<sup>1</sup>Associazione SPC, Roma

### *Riassunto*

Sebbene l'adozione internazionale, secondo le revisioni sistematiche e le meta-analisi, rappresenti un intervento di successo dal punto di vista della protezione dei bambini, spesso ciò avviene al costo di una lunga terapia. Molti dei bambini che hanno affrontato un'adozione internazionale possono presentare sintomatologie che spaziano tra i disturbi internalizzanti a quelli esternalizzanti, ma alla base di ciò è possibile che ci sia la presenza di traumi, soprattutto di tipo relazionale. Per tale motivo, all'interno di questo articolo ci si è concentrati sulla definizione di Disturbo da Trauma dello Sviluppo sviluppato da Van der Kolk per descrivere i problemi degli adottati internazionali e come, attraverso specifiche tecniche terapeutiche si possa agire su questi soggetti utilizzando lo Star Model sviluppato da Waters. In questo modello si combinano cinque teorie psicologiche ben note: attaccamento, neurobiologia, sviluppo, sistemi familiari e dissociazione; ad ognuna di queste teorie è possibile associare un metodo terapeutico specifico che può essere adattato a bambini adottati con specifiche sintomatologie dissociative.

*Parole chiave:* adozione internazionale, dissociazione, disturbo traumatico dello sviluppo, attaccamento

### **International Adoption, Trauma, and Dissociation: The Star Model and the Application of Therapeutic Techniques in Developmental Age**

#### *Summary*

Even though international adoption, according to systematic reviews and meta-analyses, is considered a successful intervention in terms of protecting children, often this occurs at the cost of lengthy therapy. Many children who have undergone international adoption may exhibit symptoms ranging from internalizing to externalizing disorders, and underlying this, there may be the presence of relational traumas. For this reason, this article focuses on the definition of Developmental Trauma Disorder developed by Van der Kolk to describe the issues of internationally adopted children and how, through specific therapeutic techniques, one can address these individuals using the Star Model developed by Waters. In this model, five well-known psychological theories are combined: attachment, neurobiology, development, family systems, and dissociation; each of these theories can be associated with a specific therapeutic method that can be adapted to adopted children with specific dissociative symptoms.

*Key-words:* International Adoption, Dissociation, Developmental Trauma Disorder, Attachment

### **Introduzione**

L'obiettivo principale dell'adozione internazionale è fornire una famiglia a bambini i cui genitori naturali non possono occuparsi di loro. L'adozione può essere vista come un intervento per promuovere uno sviluppo positivo dell'individuo e i bambini adottati mostrano successi e raggiungono traguardi importanti nella crescita fisica e nello sviluppo cognitivo e psicologico rispetto ai bambini che rimangono in condizioni svantaggiate. Tuttavia, molti adottati internazionali hanno sperimentato avversità all'inizio della loro vita, tra cui la separazione dalla madre naturale, diversi cambi di caregiver primario e la trascuratezza fisica e psicologica. Pertanto, questi bambini sono maggiormente esposti a fattori di rischio per lo sviluppo di problemi di salute mentale rispetto ai loro coetanei non adottati. La durata dell'esposizione al rischio è correlata ai problemi di salute mentale, poiché l'età più avanzata al momento dell'adozione è stata associata a un maggior numero di problemi rispetto alle adozioni in età più giovane. Infatti, gli adolescenti adottati hanno mostrato un'incidenza maggiore per quanto riguarda la manifestazione di problemi di salute mentale rispetto ai non adottati. Inoltre, un altro fattore che può incidere sullo sviluppo di problematiche psicologiche e identitarie di questi bambini è il fatto di essere di un'etnia o di una nazionalità diversa rispetto ai loro genitori adottivi, oltre a non avere alcun tipo di informazione sulle loro origini e famiglie di nascita (Lee RM 2003).

### **Salute mentale nei bambini adottati**

La ricerca in ambito clinico si rapporta all'adozione internazionale con ambiguità. Da un lato, gli studi mostrano molti effetti positivi dell'adozione. C'è un massiccio recupero nella crescita, sia fisica che psicologica, tanto che gli adottati a tempo debito difficilmente differiscono nel funzionamento dai loro coetanei non adottati. Ciò continua anche in età adulta, dove gli adottati riportano un alto livello di soddisfazione per la loro vita attuale (Ter Meulen, Smeets, & Juffer, 2019). D'altra parte, ci sono molti articoli che mostrano un elevato numero di problemi psicologici e psichiatrici, alti tassi di rinvio e un ampio ricorso ai servizi di salute mentale per le persone adottate, lungo tutto l'arco della vita (Behle & Pinquart, 2016; Barroso et al., 2017). Tra le difficoltà maggiormente manifestate da questi soggetti, le ricerche menzionano ritardi nello sviluppo, ritardi nella crescita fisica, difficoltà di elaborazione sensoriale, problemi di interiorizzazione, esternalizzazione e attenzione (ad esempio ADHD), ritardi nelle abilità sociali,

(quasi) autismo, problemi di attaccamento, ritardi nel linguaggio e deficit di apprendimento (Fong, R., & McRoy, R. 2016).

Nella pratica clinica, i genitori adottivi riportano diverse problematiche legate ai comportamenti dei loro bambini soprattutto in termini di aggressività, impulsività, autolesionismo, ansia, comportamenti di controllo, furti o bugie o anche problemi legati al sonno e così via. Di conseguenza, un numero consistente di bambini adottati internazionalmente accede ai servizi socio-sanitari sia in infanzia che in adolescenza (Barroso et al., 2017, Behle and Pinquart, 2016; Dekker et al., 2017).

I ricercatori hanno cercato di spiegare questi dati con una combinazione di esperienze infantili traumatiche avverse, spesso interrelazionali, che hanno plasmato la vita e il cervello di questi bambini ancor prima dell'adozione. Esperienze come l'incoerenza dell'assistenza e del caregiving, lo stress materno, la malnutrizione, la violenza, l'abuso, l'incuria e il maltrattamento contribuiscono allo stress precoce, che inibisce lo sviluppo regolare e quindi tutto questo può essere considerato la causa dei problemi sociali, relazionali, cognitivi e comportamentali che spesso insorgono dopo l'adozione.

Behle e Pinquart (2016) hanno riscontrato una maggiore incidenza di disturbi come ADHD, disturbi d'ansia, della condotta, oppositivo provocatori, di personalità e psicosi, rispetto ai bambini non adottati. Sono anche presenti maggiori problematiche legate all'attaccamento, con una percentuale maggiore di attaccamento insicuro rispetto alle popolazioni normali (Van Den Dries et al., 2009)

Gindis (2019) riassume i problemi che incontrano i bambini adottati all'estero e post-istituzionalizzati come una triplice combinazione di problemi medici, sociali ed educativi e di salute mentale.

### **Trauma relazionale e adozione internazionale**

Solo di recente si è passati ad un approccio ai problemi presentati dagli adottati internazionali più orientato e incentrato sul trauma (Gindis, 2019). In questo caso non parliamo squisitamente di un trauma che possa condurre ad un Disturbo Post Traumatico da Stress così come descritto nel DSM-5. Infatti, anche se quest'ultimo viene identificato e a volte è presente in questa categoria di bambini, i sintomi presentati difficilmente rispecchiano totalmente una classificazione PTSD. Inoltre, le informazioni precedenti all'adozione possono essere molto scarse o inesistenti, il che rende difficile la classificazione e il trattamento della sintomatologia traumatica in base alle definizioni del DSM-5. Prendiamo quindi in considerazione il trauma relazionale che si riferisce

all'esposizione cronica dei bambini piccoli a esperienze di maltrattamento e abbandono. Tale trauma si verifica generalmente all'interno della relazione genitore-figlio ripetutamente e per un lungo periodo di tempo. A causa dei propri problemi psichici o di mentalizzazione, i genitori possono non riconoscere e soddisfare costantemente i bisogni dei propri figli: possono essere presenti e di supporto a volte, ma possono essere altrettanto assenti e inadeguati in altri; possono anche trascurare il rapporto con i loro figli in un determinato momento ed essere eccessivamente invadenti in quello successivo (Terradas, Poulin-Latulippe, Paradis & Didier 2020). Di conseguenza, questi bambini crescono in un ambiente relazionale caotico e imprevedibile in cui i genitori rappresentano una fonte di stress e pericolo. Pertanto, nel contesto del trauma relazionale precoce, tali ambienti infantili sono immediatamente e permanentemente incapaci di soddisfare in modo sufficientemente adeguato e coerente i bisogni fisici e psichici dei bambini essenziali al loro sviluppo, mentre sono sottoposti a esperienze altamente traumatogene di stress estremo ripetuto (Cook et al 2005). I bambini così finiscono da soli con il loro disagio e non possono rivolgersi alla figura del genitore per un aiuto per autoregolarsi, dato che la figura del genitore è la causa stessa del disagio. Secondo Allen (2001), il trauma relazionale precoce rappresenta la forma più dannosa di trauma per i bambini perché mina completamente le funzioni primarie della relazione di attaccamento, ovvero fornire loro sicurezza e protezione. Poiché le loro capacità psichiche sono profondamente alterate dal trauma, questi bambini corrono il rischio costante di essere sopraffatti dal livello di tensione che genera l'interazione con gli altri e, quindi, di vivere altri traumi.

Secondo Tessier, Normandin, Ensink e Fonagy (2016), l'esposizione a traumi ripetuti genera nei bambini uno stato cronico di paura e ipervigilanza associato, tra l'altro, ad un elevato rilascio dell'ormone dello stress e all'ipertrofia dell'amigdala. Questo stato di sofferenza permanente può causare sintomi simili a quelli dello stress post-traumatico e della depressione maggiore, esiti comuni del trauma infantile. Questi cambiamenti fisiologici minano gravemente la capacità di autoregolazione nei bambini e rischiano di causare alterazioni comportamentali. Sono stati infatti riscontrati significativi problemi in termini di attenzione, ansia, aggressività e relazioni interpersonali nei bambini esposti a traumi relazionali precoci (Fernandez E 2008).

In sintesi, il trauma che si verifica all'interno della relazione genitore-figlio è particolarmente dannosa perché provoca grande angoscia nei bambini e, allo stesso tempo, danneggia lo sviluppo delle capacità mentali e interpersonali necessarie per regolare tale angoscia (Mahoney e Markel, 2016).

## **Il disturbo traumatico dello sviluppo**

Il disturbo traumatico dello sviluppo (DTD) è stato proposto da Van der Kolk (2005) per aiutare i clinici a identificare i sintomi e i problemi che si verificano nei bambini e negli adolescenti in seguito all'esposizione a lungo termine a eventi avversi con una connotazione relazionale, come la violenza interpersonale o i ripetuti cambi di caregiver. Questa esposizione ha un impatto sullo sviluppo fisico e psicologico del bambino, portando a modelli disregolati nei domini: affettivo, fisiologico, attentivo, comportamentale, del sé e relazionale.

Il modello proposto da Van der Kolk (2005) riconosce che l'esposizione al trauma può provocare esiti negativi, ma che questi esiti saranno influenzati dalla qualità dell'attaccamento del bambino ai suoi caregiver. Pertanto, le relazioni di attaccamento positive possono mediare il grado in cui i giovani sono colpiti dalle esperienze traumatiche. Al contrario, l'assenza di legami sicuri può determinare esiti peggiori e si ipotizza che i traumi perpetrati da coloro che il bambino vede come caregiver amplificheranno ulteriormente questi esiti negativi. I bambini maltrattati dai loro caregiver primari spesso non sono in grado di trovare una fonte di sicurezza alternativa che permetta loro di modulare i comportamenti e le emozioni: potrebbero finire per imparare che il mondo esterno è pericoloso e incapace di soddisfare i loro bisogni e che non sono in grado di regolare il proprio mondo interno (Rahim M. 2014)

Il Disturbo traumatico dello sviluppo è quindi una sindrome infantile formulata per integrare ed estendere la diagnosi di Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) con 15 sintomi di disregolazione emotiva/somatica, cognitiva/comportamentale e auto-relazionale (**Tabella 1**) (Ford et al., 2018). I criteri per una diagnosi di DTD includono sintomi simili a quelli che compongono la parte "disturbi dell'auto-organizzazione" dei criteri diagnostici del PTSD complesso (CPTSD) nell'undicesima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11), ma con adattamenti coerenti con la psicologia dello sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza (ad esempio, valutando la confusione dei confini tra sé e l'altro e l'aggressività reattiva, le valutazioni negative di sé e il distacco relazionale). Sebbene il DTD sia stato proposto come diagnosi nella quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5), è stato rifiutato a causa della mancanza di prove empiriche. Tuttavia, in uno studio successivo sono state trovate prove coerenti con il legame ipotizzato tra i sintomi di DTD e l'esposizione passata a traumi da vittimizzazione e da attaccamento (Spinazzola et al., 2018).

**Tabella 1.** Criteri Diagnostici del Disturbo traumatico dello Sviluppo (adattato da Van der Kolk et al. Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-5).

Criterio	Sottocriterio
Criterio A: Esposizione contemporanea nel corso della vita a entrambi i tipi di trauma dello sviluppo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A1: vittimizzazione interpersonale traumatica</li> <li>• A2: interruzione traumatica del legame di attaccamento con il/i caregiver primario/i,</li> </ul>
Criterio B: Emozione o disregolazione somatica attuale (4 item; 3 richiesti per la DTD).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• B1: disregolazione emotiva</li> <li>• B2: disregolazione somatica</li> <li>• B3: impossibilità di accesso alle emozioni o alle sensazioni somatiche</li> <li>• B4: difficoltà di verbalizzare emozioni o sensazioni somatiche</li> </ul>
Criterio C: Attuale disregolazione attentzionale o comportamentale (5 item; 2 richiesti per la DTD).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• C1: bias attentive verso o contro la minaccia</li> <li>• C2: Autoprotezione compromessa</li> <li>• C3: Autosuggestione maladattativa</li> <li>• C4: Autolesionismo non suicida</li> <li>• C5: Riduzione della capacità di iniziare o mantenere un comportamento orientato agli obiettivi.</li> </ul>
Criterio D: Disregolazione relazionale autodisregolazione (6 item; 2 richiesti per la DTD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D1: Disprezzo di sé o visione di sé come irrimediabilmente danneggiato e difettoso</li> <li>• D2: Insicurezza e disorganizzazione dell'attaccamento</li> <li>• D3: Schemi relazionali basati sul tradimento</li> <li>• D4: Aggressività verbale o fisica reattiva</li> <li>• D5: Limiti psicologici compromessi</li> <li>• D6: Empatia interpersonale compromessa</li> </ul>

### Trauma e dissociazione in età evolutiva

Il complesso fenomeno della dissociazione mentale nell'infanzia è descritto fin dall'antichità e da tutte le culture, e da più di un secolo è considerato una grave reazione mentale a stress psicologico o a traumi di diverso genere. È quindi una strategia di coping che si verifica quando il cervello compartimenta le esperienze traumatiche per impedire alle persone di provare troppo dolore, sia esso fisico, emotivo o entrambi. Quando si verifica la dissociazione, si sperimenta un distacco dalla realtà, come una distanza: *Una parte di te semplicemente non c'è al momento.*



Infatti, dissociazione significa separare, scollegare elementi che hanno qualcosa in comune. La dissociazione mentale si riferisce a disturbi della memoria, della coscienza, dell'identità e/o della percezione dell'ambiente, ma si manifesta anche con disturbi della sensazione, del movimento e di altre funzioni corporee (Spiegel et al 2011).

Purtroppo, nella psichiatria infantile e dell'adolescenza, l'inconsapevolezza, la diagnosi errata, il trattamento inappropriato o addirittura il non riconoscimento della sintomatologia dissociativa sono stati più la regola che l'eccezione. Per esempio, i piccoli pazienti con disturbi dissociativi che manifestano sintomi come sentire voci interne, possono essere interpretati come psicosi (schizofrenia); i sintomi di cambiamenti d'umore rapidamente alternati possono essere confusi con disturbi affettivi bipolari, cicli rapidi o disturbi di personalità emotivamente instabili; i sintomi di ansia travolgente possono essere confusi con disturbi d'ansia generalizzati; i sintomi di difficoltà cognitive e attentive possono essere confusi con i disturbi da deficit di attenzione e i deficit di elaborazione cognitiva; i sintomi di rabbia esplosiva o di negazione di comportamenti scorretti possono essere confusi con i disturbi della condotta; e i sintomi di dolore intrattabile e i disturbi somatoformi possono essere confusi con i disturbi fisici, il disturbo di somatizzazione o il disturbo ipocondriaco e quindi ricevere un trattamento sbagliato o improprio (Vinke 2020).

Nell'ultimo decennio, nuove ricerche hanno contribuito a una migliore comprensione, per quanto riguarda lo sviluppo di strumenti diagnostici affidabili o validi che consentano ora un'efficace identificazione precoce e un trattamento adeguato dei disturbi dissociativi, e a concettualizzare la dissociazione come una conseguenza evolutiva e neurobiologica di un grave trauma.

Infatti, il Trauma Model postula che la dissociazione sia uno stato o un tratto psicobiologico che funziona come una risposta protettiva a esperienze traumatiche o travolgenti (Dalenberg et al 2012). La dissociazione è più comunemente concepita come un continuum dal normale al patologico. Numerose evidenze supportano la concettualizzazione della dissociazione come l'equivalente umano dell'animale "congelamento" o "morte simulata", risposta protettiva di fronte a un pericolo mortale, dove la lotta/fuga è fallita o sarebbe più pericolosa. I cambiamenti autonomici possono includere una diminuzione o nessuna variazione della pressione sanguigna, variabilità della frequenza cardiaca, conduttanza cutanea ridotta e diminuzione del tono muscolare scheletrico. La teoria polivagale di Stephen Porges (2001) postula che, poiché le risposte allo stress simpatico di combattimento-fuga falliscono, ne risulta il dominio del primitivo sistema parasimpatico vagale, che porta alla risposta di congelamento. Ciò può comportare uno stato di spegnimento caratterizzato da trance, aumento della soglia del dolore e stupore, anche ad una risposta di tipo catatonico.

In studi retrospettivi, prospettici, internazionali e interculturali di popolazioni traumatizzate, inclusi bambini, adolescenti e adulti, una maggiore gravità e cronicità del trauma è generalmente associata a un aumento dei sintomi dissociativi e a una diagnosi di disturbo dissociativo (DD). Gli studi hanno incluso vittime di maltrattamento e/o abbandono infantili, violenze sessuali, esperienze di prigionieri di guerra, torture, tratta, genocidi, incidenti e disastri. Questi studi dimostrano che i traumi precoci e cumulativi, così come la patologia dell'attaccamento nella prima infanzia, in particolare l'attaccamento disorganizzato (tipo D), predicono fortemente lo sviluppo di dissociazione nella vita successiva e/o lo sviluppo di un DD. Quindi, traumi precoci continuativi, disturbi dell'attaccamento e mancanza di supporto dopo il trauma impediscono il normale sviluppo della continuità del senso di sé del bambino piccolo attraverso stati e contesti. Questo produce molteplici sensi di sé, spesso in conflitto tra loro, che si differenziano nel tempo. Per questo il disturbo dissociativo è più simile a un puzzle psicologico mai assemblato che non a uno specchio in frantumi (Loewenstein 2018).

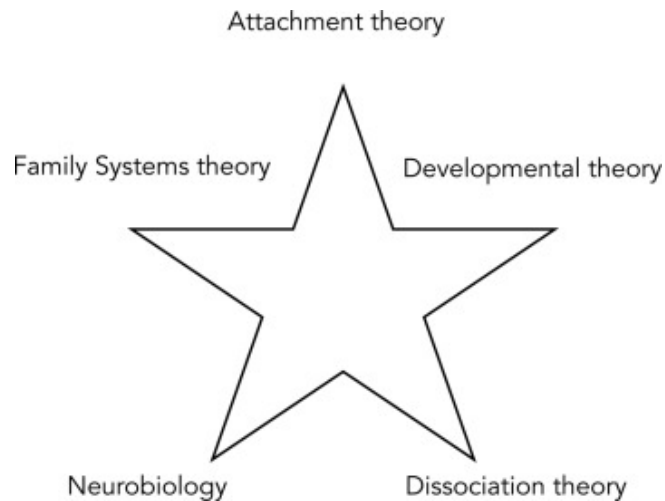
### **Il modello star**

Per aiutare a valutare e trattare i bambini con sintomi dissociativi che derivano da traumi, soprattutto quelli relazionali, Waters (2016) introduce il modello Star, che è stato sviluppato per descrivere tutte quelle situazioni in cui i bambini sviluppano dissociazione cercando di fornire una guida sia per l'assessment sia per il trattamento. Questo non significa che tutti i bambini traumatizzati utilizzino la dissociazione come strategia di coping o sviluppino un disturbo dissociativo, ma nel momento in cui ci dovessero essere questi sintomi, non possiamo trattarli come con gli adulti e quindi questo modello potrebbe essere utile nella pratica clinica e nel trattamento.

La forma a stella rappresenta i bambini esposti al trauma e in questo modello si combinano cinque teorie psicologiche ben note: attaccamento, neurobiologia, sviluppo, sistemi familiari e dissociazione. La teoria dell'attaccamento è stata intenzionalmente collocata in cima alla stella per indicare il ruolo fondamentale che l'attaccamento genitore-bambino svolge sia nel contribuire allo sviluppo di meccanismi di coping dissociativi, quando il trauma avviene all'interno di questa relazione, sia l'importanza che ha nel processo di guarigione del bambino stesso.

Questo è quindi un modello comprensivo che analizza ognuna di queste teorie in base anche alle loro interrelazioni per capire come nasce e come si forma la dissociazione e come

concettualizzare un trattamento adeguato per i bambini e può essere applicato anche ai bambini adottati a livello internazionale che hanno subito sia traumi relazionali.



*Fig. 1. Modello valutazione e il dissociazione infantile teorie (Waters, 2016,*

*teorico a stella per la trattamento della basato su cinque p. 4).*

### **Teoria dell'attaccamento**

Bowlby (1982) definisce l'attaccamento come una connessione psicologica duratura tra due esseri umani e definisce un comportamento di attaccamento come una pulsione istintiva del bambino che lo connette al genitore per poter sopravvivere e serve per mantenere prossimità, soprattutto nei momenti in cui la sicurezza e la vicinanza sono necessarie per affrontare le sfide. La figura di riferimento, quindi, dovrebbe essere quella disponibile, responsiva e che dà sicurezza. La mancanza o l'assenza di un legame di attaccamento può avere un impatto molto significativo sullo sviluppo della personalità del bambino, causano problematiche future.

Nel primo volume della sua trilogia sull'attaccamento, Bowlby (1979; 1982) ha descritto tre fasi nel processo di attaccamento ai propri caregiver. La prima fase, chiamata "pre-attaccamento", si verifica durante le prime otto settimane di vita, quando i bambini orientano, segnalano e rispondono alle loro madri e ad altre persone più o meno allo stesso modo, anche se sono in grado di discriminare i loro principali caregiver attraverso segnali olfattivi e tattile-cinestetici. Nella seconda fase di "attaccamento in formazione", i bambini avviano un repertorio in espansione di comportamenti di attaccamento ai loro caregiver, ma in genere rimangono socievoli con tutti, una fase che dura fino a quando un bambino ha tra i 6 e 9 mesi. Nella terza fase di "attaccamento netto", i bambini sviluppano forti preferenze per i loro caregiver, organizzando il loro comportamento attorno a queste figure. Poiché questa fase richiede due abilità cognitive che si sviluppano alla fine del primo anno - la capacità di distinguere mezzi e fini e di rappresentare

mentalmente il caregiver quando è assente - il vero attaccamento non si verifica fino a un periodo compreso tra 7 e 12 mesi. Quasi tutti i bambini, tuttavia, hanno sviluppato un attaccamento entro il loro primo compleanno, purché abbiano ricevuto cure tipiche della nostra specie.

Sebbene questo quadro per comprendere lo sviluppo dell'attaccamento sia sufficiente quando i bambini iniziano ad attaccarsi alla nascita, offre poche indicazioni per i bambini adottati a livello internazionale per due motivi. In primo luogo, quasi tutti gli adottati internazionali iniziano il processo di attaccamento ai genitori adottivi in età avanzata. Ciò significa che gli adottati sono sulla buona strada - o hanno già raggiunto - le necessarie tappe di sviluppo prima che inizi il processo di attaccamento. In secondo luogo, tutti gli adottati hanno sperimentato una qualche forma di cura preadozione che può influenzare la rapidità con cui emerge un attaccamento dopo l'adozione.

Quindi, le persone adottate avrebbero bisogno di più tempo per notare la discrepanza tra la vecchia e la nuova situazione di accudimento, data la loro propensione a vedere il presente attraverso la lente del passato. Gli adottati avrebbero anche bisogno di tempo per sperimentare nuovi comportamenti di attaccamento, rivedendo e abbandonando i comportamenti iniziali che non funzionano bene, al fine di organizzare efficacemente il loro comportamento intorno a una nuova figura di attaccamento (Niemann & Weiss 2011). In altre parole, i bambini adottati potrebbero aver bisogno di più tempo per consolidare una nuova strategia di attaccamento che per svilupparne una per la prima volta. In secondo luogo, la qualità delle cure preadoptive potrebbe influenzare ulteriormente l'emergere dell'attaccamento: poiché i bambini nascono predisposti a riconoscere i loro caregiver e a sviluppare una relazione con loro, i bambini che ricevono un'accoglienza di bassa qualità "notano" questa mancanza e, a loro volta, iniziano a costruire difese contro i bisogni di attaccamento non soddisfatti.

Alcuni studi indicano come i bambini adottati a livello internazionale corrono il rischio di sviluppare un attaccamento insicuro e disorganizzato quando vengono collocati in età avanzata e/o hanno subito privazioni (O'Connor et al 2013; Juffer, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn 2005), mentre non sembrerebbero esserci differenze con il campione di soggetti non adottati quando questo non avviene.

L'attaccamento disorganizzato è caratterizzato dall'assenza o dalla rottura di una strategia di attaccamento e nella prima infanzia e predice disregolazione emotiva, problemi di esternalizzazione, funzionamento cognitivo inferiore e comportamento dissociativo nell'adolescenza. Per esempio, la natura spaventosa della grave insensibilità e della persistente

mancanza di risposta ai bisogni primari dei bambini negli orfanotrofi può innescare un attaccamento disorganizzato.

Liotti (1992) ha avanzato l'ipotesi che l'attaccamento precocemente disorganizzato sia il primo passo di molti percorsi di sviluppo che (a condizione che includano esperienze traumatiche durante l'infanzia e l'adolescenza) portano progressivamente a una maggiore vulnerabilità ai disturbi dissociativi e alle reazioni dissociative ai traumi successivi. Le prove a sostegno di questa ipotesi sono state fornite da diversi studi longitudinali sulla sintomatologia dissociativa in campioni clinici e non.

### **Teoria della dissociazione e neurobiologia**

Waters (2016) definisce la dissociazione come una botola segreta che permette al bambino che non può scappare fisicamente da un'esperienza terribile, di scappare invece mentalmente. È però un meccanismo biologico e istintivo che coinvolge immobilizzazione e freezing che si attiva quando l'evento spaventato è così intenso, e la paura è così travolgente, che il bambino sente la morte come imminente. Allora il bambino si separa da questa esperienza, è come se “non è capitato a me” “non è mai successo” o “non mi può dare fastidio”. In ogni caso, la dissociazione è adattiva nel momento del trauma ma dopo potrebbe interferire con le capacità e le abilità del bambino di muoversi e agire nel mondo in modo funzionale.

Nei bambini adottati a livello internazionale, oltre alle esperienze negative negli orfanotrofi o nei contatti istituzionalizzati, ci possono essere esperienze altrettanto negative e traumatizzanti, ad esempio, nella transizione verso una nuova casa, una nuova cultura, una nuova lingua e nuove relazioni che potrebbero portare a paura, insicurezza, sfiducia e depressione. La letteratura sottolinea gli ampi segnali emotivi e comportamentali di una sfiducia pervasiva, di attaccamenti ansiosi o evitanti e di opportunismo relazionale, sviluppati nel contesto della convinzione del bambino di un abbandono inevitabile. Tutto questo può portare ad una rottura e frammentarietà del Sé, con conseguenti episodi dissociativi (Saakvitne 2000).

Inoltre, a livello neurobiologico, numerosi studi hanno riconosciuto l'impatto che ha uno stress cronico sulla memoria e sulle strutture cerebrali come l'ippocampo, l'amigdala, la corteccia prefrontale e il corpo calloso. Lo stress può inoltre portare ad una deattivazione di determinate strutture cerebrali che decodificano e consolidano le memorie all'interno di un sistema di memoria cosciente che spiegano i problemi di memoria e le risposte dissociative. Inoltre, uno studio di Jovasevic et al (2015) ha confermato la presenza di un pathway neurobiologico per memorie automatiche inaccessibili: questo potrebbe essere dovuto ad un processo chiamato “apprendimento

stato-dipendente”: quando il cervello crea ricordi in un certo stato d'animo o in un certo stato, in particolare in caso di stress o trauma, tali ricordi diventano inaccessibili in uno stato di coscienza normale. I ricordi soppressi possono quindi essere recuperati al meglio quando il cervello torna in quello stato. Quindi le memorie dell'evento traumatico non possono essere accessibili finché non si attiva lo stesso identico pathway. Questi dati sono estremamente utili e da tenere a mente nel momento in cui si ipotizza un trattamento terapeutico.

### **Teoria dello sviluppo di Erikson**

Le fasi dello sviluppo psicosociale di Erikson sono una teoria introdotta negli anni Cinquanta dallo psicologo e psicoanalista Erik Erikson (1993). Essa si basa sulla teoria dello sviluppo psicosessuale di Freud, tracciando paralleli con le fasi dell'infanzia e ampliandola per includere l'influenza delle dinamiche sociali e l'estensione dello sviluppo psicosociale all'età adulta. Essa prevede otto fasi sequenziali dello sviluppo umano individuale, influenzate da fattori biologici, psicologici e sociali lungo tutto l'arco della vita. Questo approccio bio-psicosociale ha influenzato diversi campi di studio, tra cui la gerontologia, lo sviluppo della personalità, la formazione dell'identità, lo sviluppo del ciclo di vita e altro ancora.

Le fasi compaiono quando gli individui crescono e affrontano nuovi eventi e svolte durante l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta. Ogni fase è definita da due tendenze psicologiche opposte: una positiva/sintattica e una negativa/distonica. Da queste si sviluppa, rispettivamente, una virtù/forza dell'Io o un suo sviluppo maladattivo. La virtù può aiutare a risolvere il conflitto in corso e aiuterà le fasi successive dello sviluppo a creare una base stabile per i sistemi di credenze fondamentali nel rapporto con il sé e con il mondo esterno. Il contrario accadrà se si stabilizzerà la qualità maladattiva. Sebbene esista una sequenza fissa, la risoluzione può essere un processo che dura tutta la vita, riattivato in vari momenti a seconda degli eventi della vita che influenzano la forza dell'Io o il modello di credenze mal sviluppate. La risoluzione non è necessaria per passare alla fase successiva. Inoltre, con il passaggio a un nuovo stadio, gli stadi precedenti vengono messi in discussione e devono essere reintegrati. Per questo motivo la sua teoria viene talvolta definita "principio epigenetico".

Gli otto stadi psicosociali di Erikson sono: (1) fiducia di base contro sfiducia di base nell'infanzia, (2) autonomia contro vergogna e dubbio nella prima infanzia, (3) iniziativa contro senso di colpa nella prima infanzia, (4) industriosità contro inferiorità nella preadolescenza e nella tarda infanzia, (5) identità contro confusione di ruoli/identità nell'adolescenza, (6) intimità e solidarietà contro isolamento nella giovane età adulta, (7) generatività contro stagnazione

nell'età adulta e (8) integrità contro disperazione nella vecchiaia. Queste fasi sono particolarmente utili per comprendere le enormi sfide che i bambini traumatizzati devono affrontare, poiché il trauma interrompe lo sviluppo del bambino, in particolare quando è subito per mano di un caregiver. La struttura di Erikson è complementare alla teoria dell'attaccamento di Bowlby e insieme costituiscono l'essenza dell'approccio dello star model al trattamento dei bambini con sintomi dissociativi.

### **Teoria del sistema familiare**

È stato da tempo stabilito che le interazioni familiari svolgono un ruolo significativo nella patologia dei bambini. Il modello di terapia familiare di Satir si adatta bene ai modelli di Bowlby e di Erikson, in quanto ciascuno di essi riconosce che i bambini non dovrebbero essere definiti dai loro sintomi (Satir 1988). Satir vede il paziente come portatore delle distorsioni, del dolore, del disagio e dell'ostruzione alla crescita che si trovano all'interno del sistema familiare, sostenendo che la famiglia deve essere trattata come un'unità quando un bambino si presenta come paziente. Di conseguenza, per comprendere i sintomi del bambino, tutti i membri della famiglia devono partecipare alle sedute di terapia familiare, poiché un sintomo in qualsiasi membro della famiglia è un segno di un sistema familiare disfunzionale. Il compito del terapeuta è quello di comprendere le regole familiari che governano il comportamento di ciascuno e ciò richiede un ambiente sicuro per esplorare le regole familiari, le paure dei membri della famiglia e i comportamenti limitanti.

Quando lavoriamo con le famiglie, dobbiamo riconoscere che stiamo lavorando con tre generazioni: la storia dei genitori, la famiglia attuale e la futura famiglia che i figli creeranno quando saranno adulti. Può essere molto utile esaminare la cronologia della famiglia (paragonabile a una storia psicosociale degli individui) e creare un genogramma con annotazioni sulle storie intergenerazionali di traumi, malattie mentali, abuso di sostanze, problemi legali e così via. È anche importante esplorare con ciascun genitore quali modelli porta con sé nell'attuale struttura familiare, in modo da poter aiutare i genitori a prendere coscienza dei modelli ripetitivi che possono ostacolare la crescita. Con i bambini adottati, spesso dobbiamo ipotizzare quali sono le regole che hanno imparato dalle loro famiglie biologiche (ed eventualmente adottive). Discutere apertamente con i bambini su ciò che hanno imparato può aiutare a promuovere modelli di comunicazione più sani. Il ruolo del terapeuta è quello di aiutare i membri della famiglia a comunicare chiaramente i loro bisogni, desideri e aspettative, stando attenti ai messaggi contraddittori.

### **Applicazione dello Star Model e delle tecniche psicoterapeutiche in bambini adottati con trauma e sintomi dissociativi**

Quando si inizia una terapia con bambini adottati che potrebbero essere in qualche modo diagnosticati come DTD, il primo passo è costruire una buona relazione terapeutica. In questa relazione, è funzionale essere prevedibile, in sintonia e disponibile sia per il genitore che per il bambino: imitare i processi di co-regolazione che sono fondamentali per le capacità di autoregolazione successivamente nella vita del soggetto (Baylin & Hughes, 2016). La terapia può fare progressi solo quando il bambino, il genitore e il terapeuta si trovano in uno stato di calma-attività-allerta, regolati in modo da rientrare nella finestra di tolleranza, lavorando ai margini: sicuri ma non troppo, in modo da poter effettivamente aiutare questi pazienti a riorganizzare le loro esperienze e a cambiare gli schemi che li hanno aiutati a sopravvivere ma che non sono più funzionali al momento attuale, anzi possono essere fastidiosi, creare sofferenza e una mancanza di adattamento all'ambiente e alle relazioni. (Ogden & Fisher, 2015, Porges & Dana, 2018).

Se la terapia si concentra sull'aiutare il bambino a comprendere, accettare e trattare le parti dissociate con pari importanza e rispetto, l'integrazione della personalità sarà una parte naturale e accettata del trattamento. Sono state riportate fusioni spontanee in molti bambini dissociati, ma in alcuni casi vengono utilizzate tecniche più formalizzate. Le tecniche che favoriscono l'integrazione nei bambini dovrebbero includere una varietà di modalità sensoriali e utilizzare metafore concrete che illustrino il concetto di unificazione attraverso il gioco creativo terapeutico o altre attività orientate al bambino. In qualsiasi tecnica che promuova l'integrazione, è importante sottolineare al bambino ciò che si guadagnerà con l'unificazione, piuttosto che ciò che si perderà.

La resistenza all'unificazione può implicare che il materiale traumatico debba ancora essere elaborato e/o che un alter ego nascosto debba emergere per affrontare il trauma. Ci possono essere interruzioni nell'ambiente del bambino che interferiscono con la progressione verso l'integrazione e il mantenimento dell'unificazione. Esplorare con il bambino e i caregiver ciò che può ostacolare l'unificazione finale è un compito terapeutico importante per trattare con successo il bambino dissociato. Il coinvolgimento continuo dei genitori in tutte le fasi del trattamento facilita la risoluzione dei problemi di attaccamento e consolida il processo di integrazione. La terapia post-unificazione finalizza il trattamento del bambino al completamento del lavoro di elaborazione del lutto relativo ai problemi di attaccamento con i caregiver primari che non hanno



saputo offrirgli le cure necessarie, imparando a fidarsi nuovamente delle figure genitoriali e sviluppando nuove abilità di coping più funzionali (Waters & Silberg 1998).

Non esiste una terapia "unica" per i problemi presentati dai bambini adottati ma è possibile utilizzare e adattare lo StarModel, se elaborato con le modalità di trattamento proposte, che offrirebbe un buon modo di considerare sia la valutazione che il trattamento dei sintomi legati al trauma, come la dissociazione.

Unendo la terapia del gioco, l'EMDR, il Neurofeedback, la psicoterapia sensomotoria e la psicoterapia diadica dello con lo StarModel, emerge la seguente figura (Fig. 2).

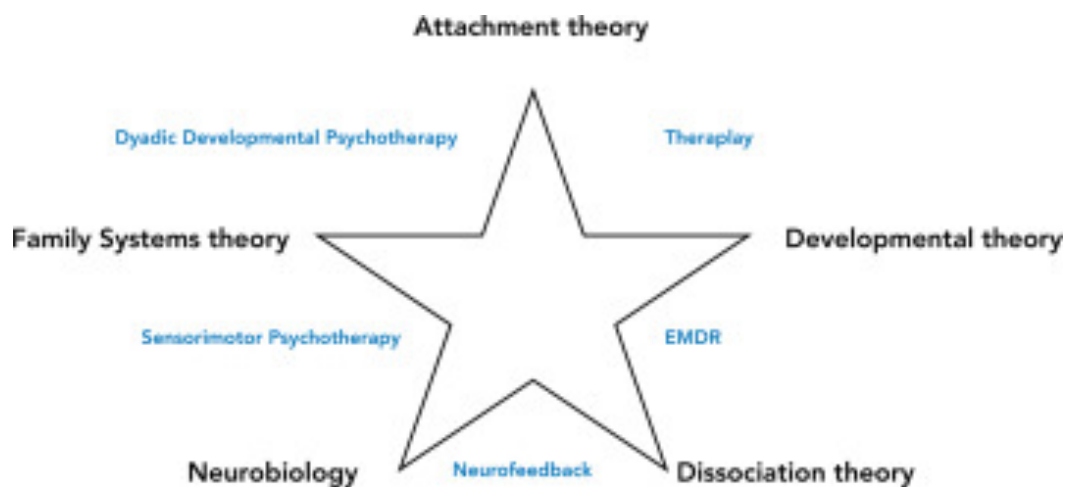


Fig.2 Modello teorico a stella che incorpora le modalità terapeutiche. (Adattato da Vinke 2020)

### ***Theraplay***

La Theraplay è un intervento per bambini e genitori che mira a migliorare l'attaccamento utilizzando attività ludiche basate su quattro dimensioni: struttura, impegno, nutrimento e sfida; li aiuta a connettersi in modo giocoso e a costruire una relazione. (Booth & Jernberg, 2009).

Durante il trattamento, l'operatore Theraplay guida il genitore e il bambino attraverso giochi divertenti, attività stimolanti per lo sviluppo e nutrienti a livello relazionale. L'atto stesso di impegnarsi reciprocamente in questo modo aiuta da una parte il genitore a regolare il comportamento del bambino e a comunicargli amore, gioia e sicurezza, dall'altra aiuta il bambino a sentirsi sicuro, accudito, connesso e degno. Queste attività, quindi, coadiuvano alla costruzione della sintonia e della comprensione reciproca, replicando le prime esperienze relazionali che, come è dimostrato, portano a un attaccamento sicuro. Con il supporto dell'operatore Theraplay, i genitori imparano a giocare con il loro bambino in modo da stabilire una sensazione di sicurezza, aumentare

il coinvolgimento sociale, espandere la regolazione dell'eccitazione e sostenere lo sviluppo di un'autostima positiva sia per il bambino che per il genitore.

Le interazioni sono personali, fisiche e divertenti: un modo naturale per tutti di sperimentare il potere curativo dello stare insieme e si concentrano su quattro qualità essenziali che si trovano nelle relazioni sane tra genitori e figli:

- 1) Struttura: L'adulto, leader della relazione, crea un ambiente organizzato e prevedibile per il bambino, comunicando sicurezza.
- 2) Cura: L'adulto fornisce cure che possono calmare e tranquillizzare il bambino in modo da farlo sentire bene fisicamente ed emotivamente.
- 3) Coinvolgimento: L'adulto è presente in modo tale che il bambino sperimenti di essere visto, ascoltato, sentito e accettato.
- 4) Sfida: l'adulto sostiene il bambino nell'acquisizione e nella padronanza di nuove abilità, rafforzando il suo senso di competenza e di fiducia.

#### *Psicoterapia diadica dello sviluppo*

La psicoterapia diadica dello sviluppo è un intervento genitore-bambino concepito appositamente per il trattamento di famiglie con bambini adottati o affidati, che soffrono di un trauma dello sviluppo. Le basi di questa terapia risiedono nella teoria dell'attaccamento, nella neurobiologia del trauma, nello sviluppo del bambino, nel caregiving, nell'attaccamento e nell'intersoggettività.

La psicoterapia diadica dello sviluppo prevede che il bambino e i genitori lavorino insieme al terapeuta. Il bambino acquisisce un'esperienza relazionale che lo aiuta a crescere e a guarire emotivamente. I membri della famiglia sviluppano modelli sani di relazione e comunicazione. Questo porta a ridurre i sentimenti di paura, vergogna o bisogno di controllo all'interno della famiglia. I membri della famiglia si aprono alla vita interiore dell'altro e al suo comportamento esteriore. Il bambino viene aiutato a rispondere alle esperienze attuali e ai ricordi delle esperienze passate in modo flessibile invece che con risposte rigide e ripetitive.

Il terapeuta e i genitori utilizzano i principi PACE nell'interazione con i bambini: gioco, accettazione, curiosità ed empatia, aiutandoli così a sviluppare fiducia e a dare un nuovo significato alle loro storie di vita. PACE è un modo di pensare, sentire, comunicare e comportarsi che mira a far sentire il bambino al sicuro. Si basa sul modo in cui i genitori si relazionano con i loro bambini molto piccoli.

Il processo terapeutico si divide in 10 fasi (Casswell et al 2014):

1) Il terapeuta inizierà a lavorare con i genitori. 2) Il terapeuta preparerà poi attivamente i genitori al loro ruolo nel processo terapeutico. Una parte importante di questo processo consiste nel conoscere i genitori, creando fiducia e rispetto da entrambe le parti. 3) Il terapeuta aiuta i genitori a esplorare l'impatto su se stessi dell'essere genitori di questo bambino. 4) Il terapeuta aiuterà poi i genitori a capire il processo terapeutico e quale sarà il loro ruolo nelle sedute quando il bambino si unirà a loro. 5) Quando il terapeuta ritiene che i genitori siano pronti, il bambino si unisce alle sedute. 6) Quando il bambino è presente, il terapeuta interagisce con lui in modo da aiutarlo a comprenderlo meglio e lo aiuta a rimanere emotivamente regolato (co-regolazione e co-costruzione). 7) Il terapeuta aiuterà il bambino a parlare con i genitori. 8) Il terapeuta decide di cosa parlare perché il bambino suggerisce qualcosa, come ad esempio un tema per lui importante. 9) Nelle sedute successive si esplora l'esperienza raccontata. 10) La terapia terminerà quando: -Il terapeuta e i genitori ritengono che il bambino stia sviluppando una certa sicurezza di attaccamento all'interno della famiglia. - I membri della famiglia possono continuare il processo di disponibilità emotiva e di connessione intersoggettiva senza l'aiuto del terapeuta.

#### *Psicoterapia sensomotoria*

La psicoterapia sensomotoria (PS) è una terapia corporea che viene utilizzata sia per il trattamento dei traumi che per i problemi di attaccamento. Si tratta di un approccio dal basso verso l'alto, il che significa che il punto di partenza è il corpo. Ogden e Minton (2000) affermano che: "La psicoterapia sensomotoria tratta direttamente gli effetti del trauma sul corpo, che a sua volta facilita l'elaborazione emotiva e cognitiva". Quindi, nella psicoterapia sensomotoria, l'attenzione della terapia non è solo sulla narrativa verbale, ma anche sugli elementi costitutivi del momento presente che chiariscono gli effetti impliciti del trauma e del fallimento dell'attaccamento, nonché quelli che riflettono risorse di autoregolazione, affetto positivo, competenza e padronanza. Insieme, terapeuta e bambino o adolescente diventano consapevoli degli elementi costitutivi, identificandoli in modo collaborativo (Ogden, Goldstein e Fisher, 2012).

Dato che i bambini piccoli hanno capacità verbali e cognitive più limitate rispetto agli adulti, un approccio che sfrutti la comunicazione e l'apprendimento non verbale è particolarmente utile e appropriato. Il corpo di ogni bambino è diverso e l'intervento e l'attività giusti per ogni bambino si scoprono attraverso il suo sentire e la sua esperienza. Impegnarsi in nuove attività, posture, movimenti e azioni può facilitare la codifica di nuovi circuiti neurali. Nel contesto di un approccio al trattamento dal basso verso l'alto, possiamo aiutare i bambini a ristabilire la sintonia somatica perduta o non disponibile, a riattivare e completare le risposte tronche o disregolate e a coltivare la

soddisfazione fisica ed emotiva del successo e della competenza come antidoto alle esperienze precoci di paura e umiliazione. Man mano che l'organizzazione del corpo cambia in termini di movimento, postura, livello di eccitazione e capacità di elaborazione sensoriale, emerge un senso di sé diverso e più positivo, sostenuto da questi cambiamenti fisici. Il corpo del bambino diventa il suo alleato piuttosto che un nemico il cui arousal disregolato, le difficoltà di elaborazione sensoriale e le sequenze di azioni procedurali disadattive causano disagio sociale ed emotivo e impediscono relazioni nutrienti (Ogden, Goldstein e Fisher, 2012).

L'introduzione della consapevolezza ai nostri pazienti più giovani è facilitata utilizzando la loro curiosità. Il terapeuta aiuta i bambini a coltivare atteggiamenti di curiosità e sviluppare "l'abilità di vedere il mondo interno, e... modellarlo verso un funzionamento integrativo" (Siegel, 2010)

*Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR)*

L'EMDR, (Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari), è una terapia del trauma ben studiata e basata su prove di efficacia, che si concentra su un evento traumatico. Con l'EMDR, il ricordo traumatico viene desensibilizzato attraverso una breve esposizione immaginale a questo ricordo e la successiva offerta di stimoli bilaterali. Questa operazione viene ripetuta fino a quando il livello di disturbo che la accompagna è scomparso e le cognizioni disfunzionali sul trauma sono diventate funzionali (Shapiro, 2007).

Di seguito è riportato il protocollo EMDR adattato all'età evolutiva (Ahmad &, Sundelin-Wahlsten 2008):

Emdr adulti	Emdr bambini
1. La prima seduta inizia informando il paziente sulla procedura di trattamento, sulla tecnica utilizzata e sui possibili benefici ed effetti collaterali.	1. Se il bambino lo richiede, l'assistente può partecipare, ma senza commentare la seduta. Al bambino viene chiesto di confermare di aver compreso le informazioni fornite dal terapeuta.
2. Si utilizza una tecnica di rilassamento per aiutare il paziente a rilassarsi.	2. La tecnica di rilassamento viene adattata all'età del bambino e alle circostanze circostanti durante la seduta.
3. Al paziente viene chiesto di raccontare il ricordo più piacevole. Questo è considerato un "luogo sicuro".	3. Il terapeuta assiste il bambino ponendo domande che lo inducono a descrivere nei dettagli il contenuto di un ricordo piacevole scelto. Questo è considerato un "luogo sicuro".
4. Seguendo il dito del terapeuta che si muove orizzontalmente per 10-12 volte davanti agli occhi del paziente, gli viene chiesto di	4. Si chiede al bambino se riesce a pensare al ricordo mentre segue le dita con gli occhi. In caso contrario, i movimenti oculari vengono

continuare a pensare al "luogo sicuro".	sostituiti da battiture sulle mani o sulle cosce o da clic con le dita davanti alle orecchie del bambino.
5. Al paziente viene chiesto di rievocare un ricordo terrificante che viene considerato come l'evento traumatico.	5. Qualsiasi cosa il bambino riferisca deve essere registrata come un ricordo traumatico, anche se sembra banale per il terapeuta.
6. Il paziente viene incoraggiato a scoprire l'emozione negativa più rilevante quando pensa all'evento traumatico e in quale parte del corpo la sente maggiormente.	6. Chiedere al bambino cosa prova mentre racconta l'evento traumatico. In caso di difficoltà, al bambino vengono mostrate immagini di volti che esprimono varie emozioni, in modo da evidenziare il sentimento più rilevante.
7. Per determinare la gravità dell'emozione negativa, si chiede al paziente di stimare le unità soggettive di angoscia (SUD) su una scala che va da "0" a "10", dove "0" significa "per niente" e "10" significa "sempre" o "molto".	7. Si tenta prima di tutto di utilizzare la forma a scalare del SUD per gli adulti. Se il bambino non è in grado di registrare con i numeri, la scala deve essere adattata all'età del bambino indicando su una linea dal minimo al massimo. Per i bambini piccoli, potrebbe essere più adatta una scala di "per niente, poco, spesso, sempre".
8. Al paziente vengono chiesti i pensieri legati al trauma. Questo viene considerato come "cognizione negativa".	8. Le immagini del volto vengono utilizzate ogni volta che il bambino ha difficoltà a valutare i pensieri e le emozioni.
9. Al paziente viene chiesto cosa vuole pensare al suo posto. Questa è chiamata "cognizione positiva".	9. Ogni volta che il bambino mostra difficoltà nel trovare una cognizione alternativa, si chiede come potrebbe essere invece.
10. La validità della cognizione positiva (VOC) viene stimata dal paziente determinando quanto sia vera tra "0" e "7", dove "0" significa "per niente" e "7" significa "sempre" o "molto".	10. La stima del VOC deve essere prima tentata come per gli adulti. Se non si riesce, si devono applicare modifiche in base alla stima della SUD per i bambini, come descritto al punto 7.
11. Al paziente viene chiesto di rievocare il ricordo traumatico insieme all'emozione negativa e alla cognizione negativa mentre segue il dito del terapeuta con gli stessi movimenti di prima.	11. Il trattamento EMDR viene eseguito in modo simile a quello dell'installazione del "luogo sicuro", incoraggiando il bambino a continuare a pensare all'emozione negativa e alla cognizione negativa associate al ricordo traumatico.
12. Dopo ogni 10-12 movimenti delle dita, si chiede al paziente di fare un respiro profondo, di pensare liberamente e di parlare di ciò che sta arrivando.	12. Il rilassamento dopo ogni EMDR deve essere effettuato come descritto per il "luogo sicuro", lasciando che il bambino si associ liberamente raccontando ciò che vuole raccontare.
13. La stessa procedura viene ripetuta fino a quando il paziente non riporta ulteriori	13. L'elaborazione EMDR viene ripetuta fino a quando il bambino non ha più nulla da

commenti.	riferire
14. A quel punto, vengono rivalutati sia il SUD che il VOC.	14. Poi si rievoca il ricordo traumatico e si rivalutano il SUD e il VOC.
15. La procedura viene ripetuta fino a quando il SUD diminuisce a "0" e il COV aumenta a "7".	15. Si chiede al bambino di ripetere la procedura finché non si ottengono risultati soddisfacenti sul SUD e sul VOC.
16. Prima di lasciare la sessione, il "posto sicuro" viene installato nuovamente come all'inizio.	16. Il "posto sicuro" viene installato nuovamente come all'inizio della sessione.

### *Neurofeedback*

Il neurofeedback è un approccio terapeutico non invasivo che utilizza la tecnologia di neuroimmagine, come l'elettroencefalogramma (EEG) o la risonanza magnetica funzionale (fMRI), in tempo reale, per promuovere la regolazione della propria attività cerebrale. Durante una tipica sessione di neurofeedback EEG, vengono posizionati degli elettrodi sulla testa della persona, collegati a un monitor di computer con un software EEG installato. Viene selezionato un protocollo di allenamento, ovvero un tipo di trattamento che mira all'autoregolazione di specifiche ampiezze e/o frequenze dell'attività elettrofisiologica di un individuo in modo da contribuire a cambiamenti clinici benefici come la riduzione dell'ansia e dell'aggressività o il miglioramento della concentrazione e dell'attenzione (Fisher, 2014).

L'EEG interagisce con un software di neurofeedback per fornire all'individuo un feedback in tempo reale sullo stato della sua attività cerebrale attraverso stimoli audio e/o visivi. Questo tipo di intervento può portare a miglioramenti nella regolazione emotiva o nella capacità di un individuo di affrontare le emozioni difficili e di rispondere in modo appropriato alle situazioni che le scatenano. Mentre il neurofeedback ha dimostrato di essere un'efficace pratica evidence-based nel trattamento del disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Evans, Owens, & Bunford, 2014), la sua efficacia nel trattamento di varie condizioni psichiatriche è attualmente oggetto di studio (Omejc et al 2019). Esistono diversi studi che valutano l'efficacia del neurofeedback come intervento nel trattamento del PTSD (Reiter, Andersen, & Carlsson, 2016), in particolare per i pazienti con sintomi cronici o intrattabili.

In un recente studio condotto da Rogel e collaboratori (2020) si è utilizzato il neurofeedback therapy (NFT) per il trattamento di bambini con storie di gravi abusi e/o negligenza. Ventiquattro sessioni di NFT hanno ridotto significativamente il numero di partecipanti che soddisfacevano i criteri per il PTSD, oltre che ridurre i sintomi comportamentali ed emotivi disfunzionali, misurati attraverso test standardizzati, e ha migliorato il funzionamento esecutivo

(BRIEF globale). La scarsa regolazione degli affetti, come la difficoltà a modulare le emozioni, i comportamenti dirompenti e il coinvolgimento interpersonale, è un problema pervasivo dopo un trauma interpersonale precoce. Questo studio suggerisce che l'NFT può migliorare significativamente la regolazione degli affetti, e che quindi può essere una tecnica utile e non invasiva per i bambini con trauma relazionale.

### **Esempio di dissociazione e caso clinico**

*Un esempio di approccio terapeutico con una bambina adottata con sintomi dissociativi*

Jade (adattato da Vinke A. 2020)

Jade ha 8 anni quando entra in terapia. È nata in Cina ed è stata adottata all'età di 2 anni e 3 mesi. Si sa poco del periodo precedente l'adozione. L'orfanotrofio in cui si trovava è un buon orfanotrofio. Sembra che abbia dei ricordi di tutti i bambini piccoli presenti. Ha un disturbo dell'apprendimento e per questo è seguita a scuola da un'insegnante di sostegno. È insicura, ha bisogno di continue conferme da parte della madre ed è ansiosa quando le si chiede di fare cose nuove. È piccola fisicamente, ha poco contatto visivo, parla velocemente, è in uno stato di allerta generale.

Durante le prime sedute le bambole catturano la sua attenzione. Tutte le bambole, tutti i bambini, devono essere accuditi, alcuni sono buoni, altri cattivi. Durante il processo terapeutico diventa evidente che le bambole sono parti di Jade e che lei deve prendersene cura. Così durante le sedute giochiamo con le bambole e a volte con la casa delle bambole. Io e la madre lavoriamo insieme, ricucendo le storie delle bambole alla sua storia di vita, dando un nome a ciò che accade nel suo corpo e cercando le risorse. Accettiamo ciò che arriva e facciamo spazio empaticamente a ciò. Poi, gradualmente, nominando i bisogni di ogni bambino (parte) e nutrendoli, il numero di bambini si riduce. Essi vengono integrati nel suo mondo interiore. Un momento importante è quello in cui Jade e la sua famiglia si recano in Cina, dove visitano il suo orfanotrofio. Dopo questo viaggio Jade porta i bambini solo di tanto in tanto e mi dice che sono cresciuti e non sono più presenti. Dopo due anni interrompiamo la terapia, ma continuiamo ad avere un contatto terapeutico in cui ci incontriamo da due a quattro volte l'anno e in queste sessioni lavoriamo sulle cose della vita attuale che lei trova ancora difficili, come il contatto visivo o la definizione dei limiti e la decisione di andare per la sua strada. Ora ha un contatto visivo migliore e sembra più rilassata. È davvero cresciuta ed è una giovane donna adorabile, vulnerabile a causa del suo background e del suo quoziente intellettivo, ma non più frammentata come quando è arrivata e può davvero relazionarsi sia con il suo corpo che con la sua storia.

Questo è caso è un interessante esempio di come con i bambini sia utile utilizzare il gioco, e in questo caso le bambole, per cercare di far comunicare e integrare le diverse parti di una persona che ha un Sé frammentato. Il gioco rende più leggero il lavoro terapeutico per i bambini e, a volte, l'utilizzo di creatività, teatralità e immaginazione è molto più potente della narrazione.

*Un esempio di dissociazione in età evolutiva*

Kaitlyn (adattato da Waters 2016 *"Healing the Fractured Child Diagnosis and Treatment of Youth With Dissociation"*)

Un esempio di come la dissociazione può manifestarsi in un bambino può essere trovato nel caso di Kaitlyn, una bambina di 5 anni abusata dal fratellastro, Charlie. Kaitlyn ha descritto in modo eloquente la dissociazione riferendosi a uno stato di sé violento interiorizzato che ha chiamato "Charlie". Kaitlyn ha scelto un burattino di un alieno per rappresentare la voce di Charlie nella sua testa. Infila la manina nel burattino ed esclama: "È tutta colpa di Charlie!" Ho fatto un cenno con un burattino di paguro chiedendo: "Cosa vuoi dire che è tutta colpa di Charlie?" Colpisce la testa del burattino alieno con la mano libera e dice: "Ciò significa che Charlie mi fa fare cose cattive". Le ho chiesto che tipo di cose cattive le avesse fatto fare. Kaitlyn sembrava un po' perplessa e ha risposto: "Non ricordo". Ho risposto: "Sai che ti fa fare cose cattive, ma non ricordi?" Lei annuì con la testa e aggiunse: "Ma so una cosa, lui diventa più forte, più forte e più forte, e poi si spinge fuori!" mentre alzava la testa verso l'alto. Ho riflettuto sulle sue parole: "Ti fa fare cose cattive e se ne va. Cosa succede dopo?" Mi ha guardato, meditando un momento e poi ha detto: "*Diventa sempre più forte e poi la mia mente se ne va ed è nella mia mente!*" Ho risposto: "Diventa sempre più forte e poi la tua mente se ne va e lui è nella tua mente. Cosa succede allora?" Lei si strinse nelle spalle, di nuovo con aria perplessa, e rispose: "Non lo so".

Kaitlyn ha rivelato innocentemente e tuttavia in modo toccante com'è la dissociazione. Ha raccontato come Charlie dirotta la sua mente mentre "diventa sempre più forte" e poi non sapeva cosa fosse successo dopo. È stato confuso e spaventoso per Kaitlyn essere tormentato da una voce minacciosa e persistente che le diceva di fare cose cattive, per le quali non ha alcun controllo e nessuna memoria una volta che "lui spinge fuori".

Anche in questo caso, l'utilizzo di strumenti esterni come pupazzi o marionette può essere estremamente utile nel far esprimere e raccontare eventi estremamente negativi come un abuso. Il farlo raccontare a qualcun altro diventa più facile, è come se non fosse accaduto a me ma a lui/lei. La continuità poi dell'utilizzo delle bambole in terapia può essere una risorsa fondamentale per poter affrontare con il piccolo paziente tutto ciò che avviene nel suo mondo interiore ed elaborarlo insieme per dare una coerenza e una congruità alle esperienze, ai pensieri e alle emozioni.

### **Discussione e conclusioni**

Quando abbiamo a che fare con l'età evolutiva e nello specifico con bambini che sono stati adottati, l'approccio psicoterapeutico dovrebbe essere ancora di più calibrato sul singolo soggetto e sul sistema familiare. Molti di questi bambini adottati non hanno informazioni riguardo la loro famiglia di origine e non sanno le motivazioni che hanno spinto i loro genitori biologici a lasciarli per un'altra famiglia. Se questo da un lato è ovviamente un fattore fondamentale per il benessere del bambino poiché non viene trascurato o abbandonato ma viene accudito da un'altra famiglia, dall'altro crea delle fratture importanti nella coerenza del senso del Sé del bambino. Questo si nota soprattutto nei bambini che hanno vissuto periodi di vita in istituzioni o in orfanotrofi e hanno esperito situazioni di abuso e trascuratezza fisica ed emotiva.



Quando ci avviciniamo a questi bambini, quindi, abbiamo di fronte a noi dei bambini con tante piccole parti frammentate che hanno bisogno di essere integrate tra loro in modo funzionale, parti che devono essere ricucite per creare una storia di vita il più coerente possibile, anche se dolorosa. Questo ci aiuta a formare piano piano un'identità più unita, strutturata, coerente e funzionale.

Sicuramente uno dei primi passi a livello terapeutico è quello di creare un contenitore di empatia, pazienza, accoglienza e gioco, sia con il bambino che con i genitori ed eventuali fratelli. Dopodiché, si possono applicare le teorie e le tecniche sopra descritte, andando a lavorare sia sui sintomi che sulla storia e l'individualità del bambino perché spesso queste persone trovano il proprio stile di sopravvivenza organizzando in modo disregolato e a volte dissociato le esperienze vissute e, nel farlo, spesso devono smettere di essere in contatto con alcune parti di sé, un modo che rende difficile il funzionamento a scuola e nella società.

Quando non è presente un adulto attento e prevedibile a disposizione che aiuta i bambini a dare un senso al mondo e a se stessi, in concomitanza anche con esperienze traumatiche, si possono sviluppare disturbi traumatici o dissociazione e quello che può fare il terapeuta, insieme al genitore, è fornire un modello di riferimento più funzionale, in modo tale che il bambino possa ricreare se stesso.

### Bibliografia

- Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V. Applying EMDR on children with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Apr;17(3):127-32. doi: 10.1007/s00787-007-0646-8. PMID: 17846813
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. John Wiley & Sons Ltd.
- American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), American Psychiatric Association, Washington, DC (2013)
- Barroso, R., Barbosa-Ducharne, M., Coelho, V. et al. Psychological Adjustment in Intercountry and Domestic Adopted Adolescents: A Systematic Review. *Child Adolesc Soc Work J* 34, 399–418 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0485-x>
- Baylin, J., & Hughes, D. A. (2016). *The neurobiology of attachment-focused therapy: enhancing connection & trust in the treatment of children & adolescents* (Norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company.
- Behle, A. E., & Pinquart, M. (2016). Psychiatric disorders and treatment in adoptees: A meta-analytic comparison with non-adoptees. *Adoption Quarterly*, 19(4), 284–306. <https://doi.org/10.1080/10926755.2016.1201708>
- Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2009). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. John Wiley & Sons.
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Casswell, G., Golding, K. S., Grant, E., Hudson, J., & Tower, P. (2014). Dyadic developmental practice (DDP): A framework for therapeutic intervention and parenting. *The Child and Family Clinical Psychology Review*, 2, 19-27.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals*, 35(5), 390-398.

- Dalenberg CJ, Brand BL, Gleaves DH et al. Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychol Bull.* 2012;138(5):505-588. doi: 10.1037/a0028224
- Dekker, M. C., Tieman, W., Vinke, A. G., van der Ende, J., Verhulst, F. C., & Juffer, F. (2017). Mental health problems of Dutch young adult domestic adoptees compared to non-adopted peers and international adoptees. *International Social Work, 60*(5), 1201–1217. <https://doi.org/10.1177/0020872816651699>
- Erikson, E. H. (1993). *Childhood and society*. WW Norton & Company.
- Evans SW, Owens JS, Bunford N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2014;43(4):527-51. doi: 10.1080/15374416.2013.850700. Epub 2013 Nov 18. PMID: 24245813; PMCID: PMC4025987.
- Fernandez, E L., Unravelling Emotional, Behavioural and Educational Outcomes in a Longitudinal Study of Children in Foster-Care (October 2008). *British Journal of Social Work, Vol. 38, Issue 7, pp. 1283-1301, 2008,*
- Fisher, S. F. (2014). *Neurofeedback in the treatment of developmental trauma: Calming the fear-driven brain*. W W Norton & Co.
- Fong, R., & McRoy, R. (Eds.). (2016). *Transracial and Intercountry Adoptions: Cultural Guidance for Professionals*. Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/fong17254>
- Ford, J. D., Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Grasso, D. J. (2018). Toward an empirically based developmental trauma disorder diagnosis for children: Factor structure, item characteristics, reliability, and validity of the developmental trauma disorder semi-structured interview. *The Journal of clinical psychiatry, 79*(5), 4337.
- Gindis, B. (2019). *Child Development Mediated by Trauma: The Dark Side of International Adoption*. Routledge.
- Jovasevic, V., Corcoran, K. A., Leaderbrand, K., Yamawaki, N., Guedea, A. L., Chen, H. J., ... & Radulovic, J. (2015). GABAergic mechanisms regulated by miR-33 encode state-dependent fear. *Nature neuroscience, 18*(9), 1265-1271.
- Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH. The importance of parenting in the development of disorganized attachment: Evidence from a preventive intervention study in adoptive families., *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2005, vol. 46 (pg. 263-274)*
- Lee RM *The transracial adoption paradox: history, research, and counseling implications of cultural socialization*. *Couns Psychol, 31* (2003), pp. 711-744
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation, 5*(4), 196-204.
- Loewenstein RJ (2018) Dissociation debates: everything you know is wrong, *Dialogues in Clinical Neuroscience, 20*:3, 229-242, DOI: 10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein
- Mahoney D & Markel B (2016) An Integrative Approach to Conceptualizing and Treating Complex Trauma, *Psychoanalytic Social Work, 23*:1, 1-22, DOI: [10.1080/15228878.2015.1104640](https://doi.org/10.1080/15228878.2015.1104640)
- Niemann S, Weiss S. Attachment Behavior of Children Adopted Internationally at Six Months Post Adoption. *Adopt Q. 2011;14*(4):246-267. doi: 10.1080/10926755.2011.628262. Epub 2011 Dec 6. PMID: 22468118; PMCID: PMC3314306.
- O'Connor TG, Marvin RS, Rutter M, Olrick JT, Britner PA, the English. and Romanian Adoption Study Team Child-parent attachment following early institutional deprivation., *Development and Psychopathology, 2003, vol. 15 (pg. 19-38)*
- Ogden, P., & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy: Interventions for trauma and attachment (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Ogden, P., & Minton, K. (2000). *Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory*. *Traumatology, 6*(3), 149-173.
- Ogden, P., Goldstein, B., & Fisher, J. (2013). *Brain-to-brain, body-to-body: A sensorimotor psychotherapy perspective on the treatment of children and adolescents. Current applications: Working with young persons who are victims and perpetrators of sexual abuse, 229-258.*
- Omejc N, Rojc B, Battaglini PP, Marusic U. Review of the therapeutic neurofeedback method using electroencephalography: EEG Neurofeedback. *Bosn J Basic Med Sci. 2019 Aug 20;19*(3):213-220. doi: 10.17305/bjbm.2018.3785. PMID: 30465705; PMCID: PMC6716090.
- Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International journal of psychophysiology, 42*(2), 123-146.

- Porges, S. W., & Dana, D. (2018). *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies* (Norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company.
- Rahim M. Developmental trauma disorder: An attachment-based perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2014;19(4):548-560. doi:10.1177/1359104514534947
- Rogel A, Loomis AM, Hamlin E, Hodgdon H, Spinazzola J, van der Kolk B. The impact of neurofeedback training on children with developmental trauma: A randomized controlled study. *Psychol Trauma*. 2020 Nov;12(8):918-929. doi: 10.1037/tra0000648. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32658503.
- Saakvitne KW Ph.D. (2000) Some Thoughts About Dissociative. Identity Disorder as a Disorder of Attachment, *Psychoanalytic Inquiry*, 20:2, 249-258, DOI:10.1080/07351692009348886
- Satir, V., Bitter, J. R., & Krestensen, K. K. (1988). Family reconstruction: The family within—a group experience. *Journal for Specialists in Group Work*, 13(4), 200-208.
- Shapiro F. EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective F. Shapiro, F.W. Kaslow, L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes*, John Wiley & Sons Inc, Hoboken, NJ (2007), pp. 3-34
- Siegel D. *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. W.W. Norton & Company, New York (2010)
- Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernandez R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(12):E17–45. doi: 10.1002/da.20923.
- Spinazzola, J., Van der Kolk, B., & Ford, J. D. (2018). When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of traumatic stress*, 31(5), 631-642.
- Ter Meulen, G., Smeets, D., & Juffer, F. (2019). The relation between adult adoptees' feelings about relinquishment, adoption and satisfaction with life. *Adoption & Fostering*, 43(2), 192–209. <https://doi.org/10.1177/0308575919841754>
- Terradas, M.M., Poulin-Latulippe, D., Paradis, D., & Didier, O. (2020). Impact of early relational trauma on children's mentalizing capacity and play: A clinical illustration. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100160.
- Tessier, V. P., Normandin, L., Ensink, K., & Fonagy, P. (2016). Fact or fiction? A longitudinal study of play and the development of reflective functioning. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80, 60–79.
- Van den Dries, L., Juffer, F., Van IJzendoorn, M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and youth services review*, 31(3), 410-421.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., & Teicher, M. (2009). Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Unpublished manuscript.
- Vinke, A. J. G. (2020). Intercountry adoption, trauma and dissociation: Combining interventions to enhance integration. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4), 100169.
- Waters, F. S., & DCSW, L. (2016). *Healing the fractured child: Diagnosis and treatment of youth with dissociation*. Springer Publishing Company.
- Waters, F. S., & Silberg, J. L. (1998). Promoting integration in dissociative children. *The dissociative child: Diagnosis, treatment, and management*, 167-190.

Giulia Natalucci Psicologa, Roma  
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Rainone e Isola  
e-mail: natalucci.giulia@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)

## Catia l'ossessiva e la sua rinascita

Giorgio Albani<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Studio Medico, Orvieto

<sup>2</sup>Comunità a doppia diagnosi LAHUÈN, Orvieto

### *Riassunto*

Il caso riguarda un DOC. Tuttavia, si tratta di una situazione particolare. A causa della battuta di spirito di un collega Catia entra in una profonda crisi sino a mettere in discussione il proprio orientamento sessuale. L'analisi del caso mostrerà che l'equivoco nasce da un camuffamento volontario della paziente nato per proteggersi dalla possibilità di subire violenze.

*Parole chiave:* Doc, orientamento sessuale, dialogo socratico

### **OCD Catia and her rebirth.**

The case concerns a OCD. However, this is a special situation. Due to a colleague's joke, Catia enters into a deep crisis to the point of questioning her sexual orientation. The analysis of the case will show that the misunderstanding arises from the patient's voluntary camouflage created to protect herself from the possibility of being subjected to violence.

*Key-words:* OCD, sexual orientation, Socratic dialogue

### **Presentazione del caso**

Come medico seguo Catia da diversi anni per i suoi problemi di salute.

Catia è una donna di 55 anni. Lavora come impiegata amministrativa. È sposata ed ha due figli (un maschio ed una femmina). Non ha avuto malattie particolari se non una tendenza all'ipotiroidismo, attualmente in cura, ed un ciclo piuttosto lento.

L'apparenza di Catia è un po' mascolina. È l'impressione che si trae da come tiene i capelli, da come si veste, da come si rapporta con gli altri. Ha anche un po' di ipertricosi ma niente di che. Vero è che, ai suoi oltre 50 anni, Catia ha di fatto attraversato diverse epoche nelle quali l'idea stessa della femminilità si può dire che sia molto variata. Pertanto, il suo potrebbe essere uno stile come un altro.

Giorgio Albani, *Catia e la sua rinascita*, N. 32, 2023, pp. 102-121

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

La sua telefonata giunge in una serata di inizio settimana.

*“Ho bisogno di vederti con urgenza”* dice, usando quel tu che ci diamo ormai da tempo.

Riesco a procurarle un appuntamento nell'arco di pochi giorni.

### **Descrizione del problema presentato**

Giunge in studio con aria preoccupata. Viso triste, occhi umidi. Più spettinata e meno curata del solito.

P. *Mi è piombato addosso il mondo in un secondo.*

T. *Perché?*

P. *Con i colleghi di lavoro avevamo organizzato una cena. Siamo 4 donne e 3 uomini. Il ristorante si trova fuori città. Abbiamo deciso di evitare di andare ognuno con la propria macchina e di dividerci in due sole auto. Io sono arrivata un po' più tardi. La mia intenzione era viaggiare con le colleghe. Quando sono arrivata, però, erano già partite. Rimaneva la macchina dei colleghi. Ovviamente nessun problema. Se non ché Mario, invitandomi a salire, mi ha detto “vieni con noi che le donne sono già partite”.*

Questa frase, apparentemente innocua, innesca in Catia un profondo percorso di pensieri, rimuginii, deduzioni, sofferenze. Ritene che Mario abbia esplicitato ciò che anche gli altri colleghi penserebbero da tempo: che non la considerino una donna *“normale”* come le altre del suo ufficio - (dice lei) - *“ma una lesbica”*. A partire da questo episodio, inizia ad analizzare con la memoria ogni evento accaduto al lavoro negli ultimi anni e finisce per ritrovare quelle che lei ritiene prove e conferme del fatto che i colleghi la considerino lesbica. L'evento accaduto non viene percepito solo come un fastidioso fraintendimento ma genera una profonda insicurezza nella paziente riguardo alle sue propensioni sessuali. Finisce col mettersi profondamente in discussione e la sua sofferenza diventa ogni giorno più profonda. Sta cominciando a convincersi di aver vissuto un'intera vita da lesbica inconsapevole e, peggio, *“ipocritamente camuffata”* (matrimonio, famiglia, figli, ecc.).

Questo è il motivo per cui Catia giunge nel mio studio in una condizione in cui non l'avevo mai vista prima. È estremamente angosciata. Riferisce di non dormire da giorni e di non essere più tornata al lavoro dal giorno della cena. Non ha risposto alle telefonate dei colleghi e si è chiusa anche con la famiglia che, mi dice, si sta molto preoccupando per questa situazione.

L'indagine del caso di Catia riserverà delle vere e proprie sorprese. Per mantenere la progressione e la graduale scoperta della sua storia, esattamente così com'è avvenuta, ho deciso di mantenere alcuni passaggi significativi nella parte relativa allo svolgimento del profilo interno.

### Il profilo interno

Apparentemente la crisi di Catia inizia con la frase di Mario. Non ci sono elementi che permettano di chiarire se quest'ultimo avesse le intenzioni che gli attribuisce la paziente o si sia limitato a fare una semplice constatazione priva di altri significati.

Quello che conta è che questo episodio innesca in Catia un'incertezza più grande che la destabilizza profondamente: quella riguardante la sua autentica propensione sessuale.

Alcuni ABC.

A	B	C
Mario dice: "vieni con noi che le donne sono già partite"	Evidentemente Mario non mi considera come appartenente alla categoria del sesso femminile	Frustrazione, delusione, rabbia.

La paziente ha emozioni così forti che finisce per scendere dalla macchina e rinunciare alla cena.

A1	B1	C1
Rabbia	Non riuscirei a viaggiare con loro. È troppo imbarazzante. Non ce la faccio.	Frustrazione, evitamento.

*P. Ma tu capisci che cosa ha detto Mario?*

*T. Sì, mi sembra semplice: "Sali con noi".*

*P. Noo! Ha detto che le donne erano già partite.*

*T. Va bene. Però...Effettivamente mi sembra che abbia descritto una situazione oggettiva.*

*P. No. Lui ha detto che le donne erano partite ...Che TUTTE le donne erano già partite.*

*T. "Tutte" lo ha detto lui o la hai dedotto tu?*

*P. Ma che c'entra?... Non è importante... O l'ha detto o non l'ha detto voleva dire quello.*

*T. L'ha detto o non l'ha detto?*

*P. Ma non lo so ...Ma lo voleva dire!*

Già da qui possiamo analizzare la nascita di alcune credenze.

Prima credenza: Mario e gli altri sono convinti da tempo che io sia lesbica.

Nella verifica di questa credenza Catia mette in atto una serie di bias cognitivi (*si veda mantenimento*).



Verosimilmente contribuisce al suo dubbio anche il fatto di essere consapevole di adottare uno stile maschile (abbigliamento, capelli) le cui ragioni sono spiegate nelle righe a venire.

Seconda credenza: ciò che credono potrebbe essere vero > pertanto potrebbero avere ragione.

Ciò determina una terza credenza consequenziale:

Terza credenza: potrei essere lesbica senza essermi accorta ed aver vissuto una vita “*ipocritamente camuffata*” (sue parole).

Indubbiamente in questa fase emergerebbe una possibile incertezza/dubbio sull'orientamento sessuale.

Più che in una consapevolezza oggettiva la paziente riterrebbe di poter trovare alcune prove a favore di questa ipotesi nell'analisi del passato e di alcune sue abitudini.

1. La sua maggiore frequentazione delle colleghe piuttosto che dei colleghi nell'ambito lavorativo.
2. La sua maggiore facilità a scambiare segni di affetto (abbracci, baci) con le colleghe piuttosto che con i colleghi.
3. Il suo minor gradimento a lavorare in tandem con un collega piuttosto che con una collega.

La paziente è stimolata, attraverso il dialogo socratico, a ragionare sul fatto che questi elementi non necessariamente costituiscano una prova oggettiva di omosessualità e ad analizzare tutte le altre possibilità che potrebbero spiegare questi comportamenti.

Le vengono poste queste domande dirette: Perché ti ha fatto così male questa frase? Se pensi che sia stata una battuta perché non rispondi tu stessa con una battuta? Perché sei scesa da quella macchina così di colpo? Perché una donna come te cui non mancano capacità di difesa (*Catia denunciò in passato un truffatore in odor di camorra senza troppo pensarci*) in questo caso non riesce a metterne in atto una efficace? Con quale tua situazione va a risuonare la frase di Mario?

Considerato che la paziente sembra avere difficoltà a trovare una risposta le si chiede allora quale potrebbe essere la sua reazione se scoprisse di essere lesbica, considerando che oggi molti tabù sono superati, e se effettivamente lei sia più attratta dalle donne piuttosto che dagli uomini.

Catia appare sconcertata, sofferente, disgustata. Dall'analisi della storia di vita non emergono effettivamente elementi che avvalorino l'ipotesi di omosessualità. È sempre stata attratta dai ragazzi (parla di diversi innamoramenti). Dice di aver stabilito con amiche e colleghe semplici relazioni amicali, anche se spesso “*divenivano delle vere e proprie alleanze*”. Quello che emerge è che effettivamente la ricerca di queste alleanze femminili, ispirate ad una sorta di competizione con il genere maschile, sia stata piuttosto frequente. Le domande a questo riguardo fanno emergere esclusivamente quello che sembrerebbe un forte spirito di corpo e di appartenenza. La

situazione evolve, però, quando ad un certo punto, pur sgretolandosi molti elementi del suo apparato autoaccusatorio (*credenze*) la paziente sembra aver necessità di sostenere una difesa estrema rispetto alla possibilità (*credenza*) di potere essere in fondo una lesbica.

P. *Ma non lo vedi come mi vesto? Sempre maglie grandi, maglioni e pantaloni scuri, spesso da ambo i sessi o da uomo. E poi guarda i miei capelli: corti come quelli di un uomo!!*

Sento che siamo ad un bivio importante. Scelgo volutamente una posizione di resistenza affermando che stili e look possano essere assai variabili tra le persone, specie se abbiano attraversato oltre 50 anni di vita. Pertanto, più legati a mode, abitudini, comodità piuttosto che ad evidenziare una propensione sessuale. Le dico che dovrebbe offrirmi motivazioni più robuste per avvalorare la sua presunta condizione di omosessualità, pur chiarendo che se così fosse non troverei nulla da eccepire e che dovrebbe pertanto farmi capire cosa potrebbe accadere in quest'ultimo caso.

Una domanda si rivelerà essenziale.

T. *E poi, se lo consideri veramente strano, perché continui a vestirti così e a scegliere questo look?*

La paziente scoppia a piangere e s'intuisce che c'è altro da approfondire. In un delicato colloquio emerge, d'un tratto, che Catia è stata vittima di molestie sessuali, da bambina, da parte di uomini adulti.

P. *Sentivo che prima o poi avrei dovuto dirlo a qualcuno di cui fidarmi....*

Da questo momento il caso comincia a chiarificarsi e ciò permetterà di capire anche la catena di *eventi > conseguenze* verificatasi sino ai nostri giorni.

Ciò fa intuire che l'evento accaduto con l'episodio dell'auto è di fatto solo l'ultimo degli elementi che la porta a dover ragionare sulla sua presunta diversità e sulle motivazioni che rendono ragione dell'adozione del suo stile maschile che risulterebbe, in base a quanto segue, più finalizzato ad una difesa che ad altre cause. Catia si apre e parla finalmente degli eventi del suo passato.

Il primo episodio riguarda una situazione accaduta con un anziano artigiano vicino di casa che, per quanto emerge dai ricordi di Catia, cominciò ad appartarsi con lei abbracciandola, ponendosi su di lei e toccandole le parti intime. C'è anche un ricordo non ben chiaro riguardo ad un possibile tentativo di penetrazione, che tuttavia la paziente è abbastanza convinta che non abbia avuto conclusione. *"Probabilmente anche per motivi anatomici"*, dice. Ci sarebbero stati più incontri e la richiesta del silenzio da parte dell'aggressore. Poi l'uomo se ne andò dal paese in cui viveva Catia e la situazione ebbe termine.

Il secondo episodio riguarda un presunto tentativo di approccio (sembra un abbraccio che voleva spingersi oltre) da parte di un calzolaio ove la bambina aveva portato ad aggiustare delle scarpe. Alla mia richiesta di chiarimento risponde *“Ormai ero in grado di capire cosa fosse affetto e cosa altro. Lo vedevo dagli occhi”*. Non dobbiamo farci idee sbagliate: Catia viveva in un piccolo paese ove era del tutto normale delegare dei servizi ad un bambino. Oggi, però, sente rabbia verso la madre per non averla opportunamente difesa, *anche se chiarisce di non averle mai riferito nulla riguardo al primo episodio*.

A	B	C
<p>Catia viene approcciata da un adulto.</p>	<p>Una madre dovrebbe capire che i propri figli possono correre dei pericoli. Dovrebbe vigilare costantemente sulla loro incolumità. Mia madre non ha fatto abbastanza per proteggermi.</p>	<p>Frustrazione, rabbia.</p>
C /A1	B1	C1
<p>Rabbia verso la madre.</p>	<p>In fondo mia madre non poteva saperlo. Per molte cose è stata una buona madre. La sua vita non è stata per niente facile.</p>	<p>Senso di colpa.</p>

Catia parla con la madre del secondo episodio. *“Andò subito a parlare con il calzolaio. Da quel momento, ogni volta che entravo nella sua bottega, teneva gli occhi bassi e restava al suo posto. Non successe mai più nulla”*.

Di fatto Catia, che dice di essere sempre apparsa più grande della sua età e *“paffutella”*, *“formosetta”*, matura a seguito di questi episodi la credenza/convinzione che da quel momento dovrà evitare un abbigliamento femminile, che metta in vista le proprie forme e che pertanto la possa porre a rischio di generare attrazioni pericolose da parte degli uomini adulti.

*T. Ma cosa significava per te essere paffutella?*

*P. All'inizio nulla. Poi cominciai a sentire che gli uomini mi guardavano... Anche quelli grandi.*

*T. Un momento: hai cominciato a sentirlo prima di quei fatti o dopo?*

*P. Probabilmente dopo.*

*T. Bene... E questo che cosa ha comportato per te?*

*P. Non mi piaceva sentirmi osservata.*

*T. Beh... Forse riesco a capire. Ma puoi gentilmente essere più chiara?*

*P. Ad un certo punto ne conclusi che dovevo superare quell'imbarazzo. Conclusi che dovevo difendermi.*

*T. In che modo?*

*P. Mettendo da parte la gonna, altri abiti femminili e coprendo il mio corpo.*

*Cominciai a farmi acquistare pantaloni non troppo attillati e magliette di una o due misure in più. Sai a quel tempo andavano già grandi. Non fu difficile trovarli.*

*T. In pratica ti nascondevi un po'...*

*P. Beh sì... Direi proprio che mi camuffavo.*

A	B	C
<p>Gli uomini mi guardano.</p>	<p>Gli abiti femminili, specie se corti e attillati, attraggono l'attenzione degli uomini adulti. Non dovrei mettere questi abiti.</p>	<p>Paura di essere nuovamente aggredita da un uomo adulto.</p>

C'è però anche questo ABC:

C/A1	B1	C1
<p>Paura di essere nuovamente aggredita da un uomo adulto.</p>	<p>In fondo se metto una gonna o un abito che mostra le mie forme, essendo un po' formosa, sono io stessa che provo le "reazioni" degli uomini adulti. È colpa mia.</p> <p>T. Perché è colpa tua? In fondo penso che le altre bambine si vestissero normalmente? P. Perché a me è successo quello che è successo... T. Non poteva succedere anche alle altre? P. Sì ma per come era il mio corpo ero stata poco cauta.</p>	<p>Senso di colpa.</p>

Comincia a rapportarsi con tutti gli uomini, coetanei compresi, in modo diverso. *"Più duro"* dice lei *"più da maschio"* e ad effettuare attività e giochi maschili. Anche a scambiare qualche *"scazzottata"* con i maschi. La **credenza** è che queste modalità possano generare difesa e protezione dal pericolo temuto e che lei sia responsabile di doverle attuare. Non è, però, in grado di valutare le conseguenze a distanza della sua graduale trasformazione che perdurerà anche nel periodo adolescenziale.

Ricorda, tuttavia, un coraggioso tentativo di cambiamento: un giorno mette una gonna un po' corta regalata dalla zia. La madre la vede e le dice “*ma dove vai così conciata?*”. Lei, delusa, torna a vestirsi con maglie grandi, pantaloni e a tagliarsi i capelli. Ogni volta che passa davanti ad un negozio “*pieno di gonne e abiti svolazzanti*” sente un'attrazione profonda. Nei viaggi fuori città entra nei negozi e prova a lungo abiti femminili. Di solito non li compra o se lo fa non li mette. Oggi che è sposata continua a fare la stessa cosa quando è in vacanza con il marito. Lui sorride di questa abitudine prendendola bonariamente in giro.

L'adolescenza di Catia è normale. Qualche fidanzato con cui ha rapporti sostanzialmente platonici. Evita rigorosamente gli approcci sessuali cosa questa che mette fine rapidamente alle sue storie. Poi incontra Giovanni. Con pazienza e delicatezza la aiuta a gestire gli aspetti intimi, senza scoraggiarsi di fronte agli infiniti evitamenti. Oggi è suo marito ed hanno due figli. Il colloquio con Catia permette di escludere la presenza di elementi di incertezza rispetto alla scelta di essersi sposata e di aver formato una famiglia.

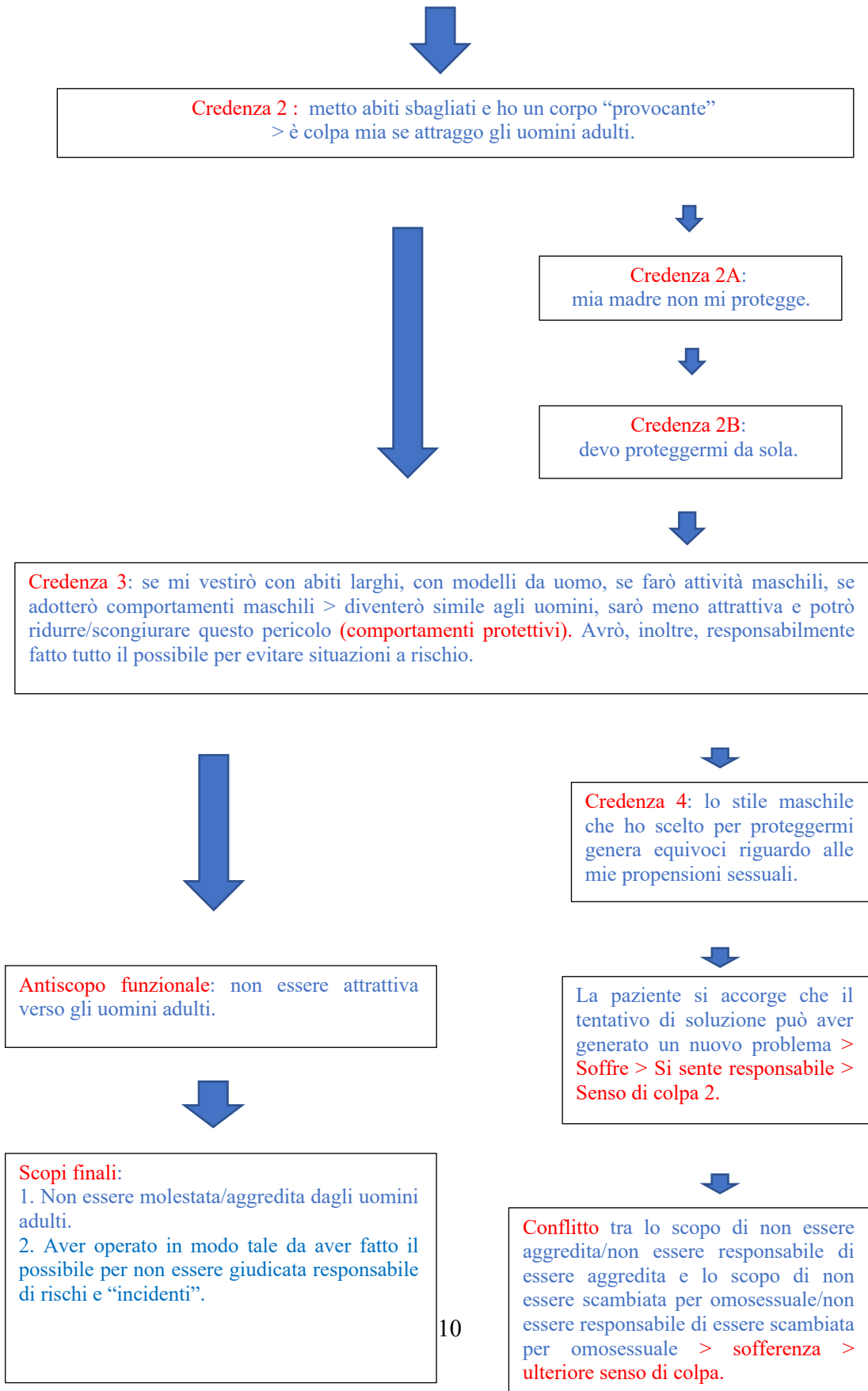
In conclusione, si può pertanto affermare che l'evento recente (la presunta battuta di Mario) abbia in qualche modo riaperto le sofferenze e le ferite emotive legate al trauma di molestie /abuso sessuale avvenuto quando Catia era bambina. Questo elemento va considerato il nucleo del caso. Scelte e comportamenti successivi (protettivi, adattativi, funzionali, disfunzionali) vanno considerati conseguenze. Tuttavia, il caso permette di evidenziare anche un chiaro aspetto ossessivo di Catia. La paziente orienta scelte e comportamenti in modo tale da evitare di essere considerabile colpevole (colpa deontologica) di non aver operato in modo adeguato alla sua sicurezza o di aver omesso scelte e comportamenti destinati a garantire la sua incolumità. Si sente, tuttavia, altrettanto colpevole quando ritiene (la frase di Mario) che il suo volontario “camuffamento” possa aver generato equivoci sulla sua propensione sessuale.

Pertanto, finisce per combattere con sé stessa per dover gestire **due sensi di colpa opposti ed entrambi onerosi**: quello che la costringe ancora a camuffarsi per evitare aggressioni (ovviamente non valuta quanto sia attualmente reale il pericolo) e quello relativo al fatto che il suo volontario “travestimento” oggi possa determinare equivoci sulla sua propensione sessuale.

Catia viene molestata/abusata da bambina da un adulto.



**Credenza 1:** Il mio aspetto formoso e gli abiti che lo mettono in vista attraggono gli uomini adulti.



## **Diagnosi**

DOC: Conseguenze di molestie/abuso sessuale dell'età infantile con diagnosi categoriale non facilmente applicabile.

Non sembrano presenti i criteri per soddisfare una diagnosi di DPTS.

## **Fattori e processi di mantenimento**

Nella prima parte del caso (dopo la frase di Mario) alcuni elementi contribuiscono al mantenimento. La paziente è così convinta della sua interpretazione che decide di scendere rapidamente dalla macchina. In questo modo *si condanna* a non chiarire nell'immediato quello che potrebbe essere stato un semplice e banale equivoco e ciò mantiene aperto il problema.

Frase di Mario > genera credenza di Catia > mancanza di chiarimento > persistenza della credenza > rimuginio > bias cognitivi (*confirmation bias, affect as information, attenzione selettiva, euristica della disponibilità ecc.*) > rafforzamento della credenza.

Di base però, il caso è sostenuto dal perdurare delle conseguenze di un trauma che non è mai stato elaborato. Tutto fa pensare che l'elemento principale del mantenimento sia legato al fatto che Catia continui a percepirsi in pericolo. Probabilmente entra in ballo anche un meccanismo del tipo "*se mi sento in pericolo deve esserci qualcosa che non va*" che contribuisce al mantenimento.

Gli eventi accaduti in passato hanno fatto maturare in Catia la convinta credenza che sia necessario e protettivo coprire il più possibile il proprio corpo e nascondere tutti gli elementi che richiamino alla femminilità. Inoltre, hanno stimolato la credenza che sia stata in parte responsabile di ciò che è accaduto. Soprattutto che appartenga alla sua responsabilità non solo l'evitare che accada di nuovo ma l'operare in modo tale che siano eliminati tutti i possibili fattori di rischio che potrebbero generare pericolo. Ciò ovviamente mantiene il problema.

Paura di essere aggredita > tentativi di soluzione per prevenire e azzerare la minaccia: vestirsi in modo maschile ed essere meno attrattiva > mantengono il problema > ne generano altri.

1. Non posso permettermi di indossare abiti femminili > evitamenti > frustrazione > mantenimento.



2. L'aver adottato uno stile maschile genera equivoci rispetto alle mie propensioni sessuali > è colpa mia > subentra conflitto tra lo scopo/responsabilità di proteggersi e lo scopo/responsabilità di non essere scambiata/considerata lesbica > il conflitto non può essere immediatamente risolto > mantenimento del problema > senso di colpa nel non trovare una soluzione immediata > ulteriore mantenimento del problema.

La paziente non riesce, nel tempo, a cambiare la sua rigida credenza di base anche quando incontra un uomo di cui si innamora, del quale ha piena fiducia e con cui formerà una famiglia ed avrà dei figli. Paradossalmente un elemento di mantenimento del problema si potrebbe ritrovare nell'atteggiamento tollerante/paziente/accondiscendente del marito. Esso da una parte permette a Catia di avere delle possibilità nella direzione di una vita "normale" dall'altra non la stimola a mettersi in discussione e a operare dei cambiamenti. Indirettamente le conferma che i suoi comportamenti, che sappiamo non essere autentici ma il frutto di una reazione difensiva/protettiva, non è necessario che cambino. In questa normalizzazione patologica non avendo necessità di provare ad uscire dal suo camuffamento finisce per non concedersi la possibilità di effettuare spontanei test di esposizione (come indossare abiti femminili) che probabilmente le dimostrerebbero in modo definitivo la cessazione dell'antico pericolo.

Ricordiamo che ha costante desiderio di indossare gonne e abiti femminili. Quando va in vacanza, in altre città, passa del tempo a visitare dei negozi per provarli. Li acquista ma non li mette.

Altro elemento di mantenimento: nell'età adolescenziale tenta di indossare una gonna (ricorda una minigonna regalata da una giovane zia). La madre la critica esprimendo quella che la paziente interpreta come totale disapprovazione ("*dove vai così conciata?*"). Non sappiamo se la madre, in quel momento, si sia pronunciata in modo negativo su un abito che giudicava semplicemente succinto (erano gli anni Settanta, si diffondevano le prime minigonne ma non erano sempre ben accettate dalle madri di allora) o se abbia voluto veramente esprimere una critica sprezzante e diretta verso la figlia. Di fatto ciò blocca irrimediabilmente quel primordiale, provvidenziale, unico tentativo che la paziente fa nella direzione della cessazione dei suoi comportamenti protettivi e tutto continua come prima. Ancora oggi, andando a trovare la madre anziana e malata Catia mantiene una certa accondiscendenza/attenzione verso i suoi giudizi. Si può dire che anche quest'ultimo fatto contribuisca al mantenimento.

*Ragionamento disfunzionale basato sulle credenze di Catia (inadeguatezza, senso di colpa): se cambiassi look potrei far soffrire mia madre ormai debole e anziana.*

Nell'età adulta, la persistenza da parte di Catia nell'utilizzare un certo look "protettivo", il rapportarsi in modo lontano e diffidente con uomini che non siano il marito, il privilegiare vicinanze femminili, regola, condiziona e mantiene la costruzione dei rapporti personali (anche nel lavoro), le esperienze di vita, il giudizio che ha di sé stessa e quello che gli altri formulano su di lei.

### **Esordio e scompensamento**

Lo scompensamento è altamente probabile che sia iniziato con gli episodi di molestie. L'esordio, invece, si può individuare nell'occasione della cena tra colleghi di lavoro e particolarmente nella frase di Mario.

### **Vulnerabilità**

Non sono individuabili nella storia di vita di Catia elementi di vulnerabilità precedenti alle molestie sessuali/abusi subiti per quanto si sia accuratamente cercato. Anche il rapporto con i familiari appare comunque buono. Una semplice famiglia di paese che ha dato a Catia apparentemente ciò che serviva. Potrebbe ipotizzarsi una certa difficoltà ad accogliere/accettare i cambiamenti del proprio corpo che successivamente si trasformerà in senso di colpa per gli episodi vissuti e per credere di essere in parte responsabile nel determinarli (*"il mio corpo formoso attrae gli uomini adulti"*). A partire dagli episodi di molestie si verificano cambiamenti nel comportamento e nel modo in cui Catia, per proteggersi, si rapporterà con sé stessa, con il proprio corpo, con le varie tappe evolutive della sua crescita psico-fisica, *con il suo senso di responsabilità (estendendolo al massimo grado)*, con gli altri e con il piccolo mondo in cui vive. La costruzione di una struttura di difesa così serrata costituirà l'elemento di vulnerabilità più importante e perdurante. Tale, comunque, da impedirle di vivere in modo adeguatamente sano, autentico e spensierato molte esperienze di vita.

Rispetto alla vulnerabilità attuale, la frase di Mario fa comprendere a Catia che la struttura di difesa costruita, pur proteggendola per alcune situazioni (approcci maschili), la espone tuttavia a improprie interpretazioni riguardo alle sue propensioni sessuali, elemento questo che la fa sprofondare in una condizione di notevole fragilità e insicurezza. Si sente inoltre profondamente responsabile e colpevole perché riconosce che l'equivoco è stato generato proprio a causa delle sue volontarie scelte protettive. Di fatto prende atto, per la prima volta e in pochi secondi, di tutte le conseguenze negative che esse hanno determinato nel tempo. L'impatto è così forte che non si limita a produrre solamente emozioni di frustrazione, rabbia, depressione ma scende assai in

profondità arrivando a generare un dubbio nuovo e più atroce: quello riguardante le sue autentiche propensioni sessuali.

Infine, il fatto di non poter risolvere rapidamente il conflitto tra le scelte/responsabilità relative alla protezione dalle possibili aggressioni e le scelte/responsabilità verso il mostrare in modo chiaro e non equivoco le proprie preferenze sessuali genera ulteriore vulnerabilità.

**Presentazione del trattamento**

Il caso di Catia si è articolato attraverso 18 sedute.

Continuo, oggi, a seguire la paziente, come medico per le sue varie esigenze.

*Contratto terapeutico e scopi del trattamento*

Il principale contratto terapeutico concordato con Catia è quello di renderla libera dai ricordi opprimenti e permetterle di fare le scelte di vita che vorrebbe.

Nello specifico, tuttavia, concordiamo questi punti operativi:

1. Ripercorrere, in una situazione protetta, gli eventi del passato.
2. Cercare di capire quali credenze abbiano generato e quali comportamenti abbiano determinato.
3. Valutare in che misura si sia attivato il senso di colpa e riconoscere tutte le situazioni in cui la paziente si sia sentita forzosamente responsabile *sine causa*. Procedere quindi ad una ristrutturazione cognitiva.
4. Valutare con realismo quali perdite la paziente abbia subito a seguito di credenze e comportamenti disfunzionali.
5. Analizzare quanto sia cambiata nel tempo la minaccia temuta e se essa sia ancora presente.
6. Riconoscere i propri comportamenti protettivi, valutare in modo critico quanto essi siano oggi ancora giustificati e quali conseguenze abbiano determinato. Analizzare quali potrebbero essere cambiati nel tempo e con quali modalità.
7. Riconoscere i propri attuali bisogni.
8. Individuare gli obiettivi della propria vita presente e futura. Valutare realisticamente quali e quanti di essi potrebbero essere ancora ragionevolmente realizzati e in che modo farlo.
9. Prevenire le ricadute.

*Razionale, strategie e tecniche*

OBIETTIVI	RAZIONALE E STRATEGIE	TECNICHE, ATTIVITA'
-----------	-----------------------	---------------------

<p>Costruzione dell'alleanza terapeutica</p>	<p>Catia è già mia paziente da tempo. Con lei si sono stabiliti dei rapporti di fiducia da molti anni.</p> <p>Lo dimostra il fatto che ha deciso spontaneamente di scegliermi come referente terapeutico anche per questo percorso non legato ad una patologia fisica. Tuttavia, il caso che ha portato questa volta è certamente diverso e assai delicato. Pertanto, per condurre un percorso terapeutico proficuo, sarà necessario consolidare ed approfondire l'alleanza già presente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Spiegare cos'è e come funziona la terapia cognitivo-comportamentale.</li> <li>2. Spiegare il concetto di lavorare insieme.</li> <li>3. Comprendere e condividere con la paziente le motivazioni della sua sofferenza (anche istruendola sulla tecnica ABC) e i cardini del suo funzionamento.</li> <li>4. Accordarsi sulla continuità della terapia e sulla sincerità reciproca.</li> <li>5. Fare un bilancio di previsione degli obiettivi ragionevolmente conseguibili, dei benefici attesi ma anche di quelli che verosimilmente la terapia non avrà possibilità di apportare. Prevedere la probabile durata del percorso di cura e dei costi da sostenere.</li> </ol>
<p>Ripercorrere, in una situazione protetta, gli eventi del passato. Inizio della ristrutturazione cognitiva.</p>	<p>È un passaggio assai delicato. Comporta un certo grado di rischio ma è inevitabile, ineludibile e fondamentale.</p> <p>Analizzare gli eventi causali che hanno generato la sofferenza, pur arrivandoci con delicatezza, è la prima tappa concreta del vero percorso terapeutico della paziente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi della prima parte della storia di vita.</li> <li>3. Creare le condizioni per far sentire Catia in sicurezza.</li> <li>4. Appena la situazione lo consenta, attraverso la tecnica "re-living" cercare di far rivivere le esperienze traumatiche che ha vissuto. All'inizio, con un po' di distacco, come se la scena fosse proiettata su uno schermo cinematografico e non le appartenesse completamente.</li> <li>5. Appena possibile far rivivere con delicatezza e prudenza la scena con la paziente protagonista, analizzando dettagliatamente tutti gli elementi fisici, emozionali, percettivi degli eventi accaduti.</li> </ol>
<p>Seconda fase della ristrutturazione</p>	<p>È necessario far comprendere alla paziente la sequenza degli eventi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analizzare quanto emerso nella tecnica di "re-living".</li> </ol>

<p>cognitiva.</p>	<p>Soprattutto farle capire quanto fosse limitata, nel momento in cui accaddero, la possibilità per lei bambina di modificarli. Pertanto, del fatto che non possa aver avuto alcuna responsabilità nei fatti accaduti.</p> <p>È necessario illustrare, inoltre, le tecniche terapeutiche che potrebbero consentire, oggi, di modificare la componente emotiva di quel ricordo, con quali possibili risultati, con quali scopi.</p>	<p>2. Ricostruire la seconda parte della storia di vita (dagli eventi accaduti sino ai nostri giorni).</p> <p>2. Attraverso il dialogo socratico evidenziare le valutazioni, passate e presenti, che la paziente fa sul suo comportamento di ieri e di oggi.</p> <p>3. Particolarmente analizzare quali credenze siano state costruite, quali sensi di colpa siano emersi, quanti siano ancora attivi, quali comportamenti e quali conseguenze abbiano generato.</p> <p>4. Attraverso la tecnica di <i>Immagery with rescripting della Schema Therapy</i>, passando attraverso la fase del luogo sicuro, cercare di agire sui contenuti emozionali dei ricordi della paziente.</p>
<p>Cominciare a costruire un buon presente</p>	<p>Dopo aver compreso gli eventi del passato e le conseguenze che hanno determinato in termini di scelte, evitamenti, comportamenti, è arrivato il momento di analizzare con la paziente cosa oggi impedisca di attuare dei cambiamenti rispetto ad abitudini e comportamenti non più funzionali per la fase di vita che sta vivendo. In subordine anche per gli equivoci che questi comportamenti possono determinare.</p>	<p>1. <i>Psicoeducazione</i>.</p> <p>2. Ancora dialogo socratico. Ove necessario <i>laddering</i>.</p> <p>3. Introduzione di alcune procedure ed esercizi esperienziali dell'ACT (<i>Acceptance and Commitment Therapy</i>) per i "nodi" terapeutici non risolvibili. Soprattutto attraverso le procedure di <i>defusione e accettazione</i>.</p> <p>4. Analisi degli elementi di pericolo percepiti in passato che hanno condizionato scelte e comportamenti. Analisi realistica del rischio e pericolo attuale e di quanto potrebbe aumentare se fossero messi in atto dei cambiamenti (per esempio nel vestiario, nel proprio stile, nelle relazioni, ecc.).</p>
<p>Riconoscere le proprie emozioni e i propri</p>	<p>È arrivato il momento di aiutare la paziente a riconoscere le proprie</p>	<p>1. Utilizzo di alcune schede e procedure della DBT Skills Training per il riconoscimento e la gestione delle emozioni.</p>

bisogni.	emozioni e i loro significati. Infine, di stimolarla a capire quali siano i propri attuali bisogni.	2. Valutazione del rapporto costi/benefici rispetto alle scelte comportamentali effettuate in passato. Valutazione del rapporto costi/ benefici rispetto a possibili cambiamenti.
Iniziare il cambiamento	<p>A questo punto della terapia è arrivato il momento di iniziare a mettere in atto, concretamente, quei cambiamenti che la paziente giudica aderenti ai propri bisogni.</p> <p>Per esempio, nell'abbigliamento e nei rapporti personali.</p>	<p>1. Esercizi e tecniche di esposizione. Prima in studio. Poi "compiti a casa".</p> <p><i>Cambio di abbigliamento.</i></p> <p>Nel concreto: la paziente, in una prima fase porterà in studio gli abiti che desidera indossare. Li indosserà in uno spazio riservato all'inizio della seduta per poi cambiarsi al termine della stessa. In chiusura di seduta si analizzeranno impressioni ed emozioni.</p> <p>In una seconda fase, uscendo dallo studio, manterrà indosso alcuni elementi di abbigliamento da lei scelti per il ritorno a casa.</p> <p>Successivamente l'esercizio di esposizione prevede che, con gradualità, la paziente indosserà alcuni elementi di vestiario a lei graditi nelle varie situazioni di vita sociale (famiglia, all'aperto, nel luogo di lavoro, nelle occasioni sociali). Questa base potrà essere incrementata pian, piano.</p> <p>Considerato che, camuffandosi con ampi maglioni, dal punto di vista fisico si è lasciata un po' andare (è aumentata di peso), concordiamo un intervento sull'igiene di vita (dieta e attività fisica) che seguirò direttamente come medico.</p> <p><i>Rapporti personali.</i></p> <p>Prima: <i>psicoeducazione</i> sull'assertività.</p> <p>Piccolo training con esposizione delle tecniche.</p> <p>Definizione del concetto di autostima.</p> <p>Poi: esercizi di esposizione che includano l'espansione dei tempi di confronto e relazione con la componente</p>

		<p>maschile (colleghi di lavoro, amici, conoscenze).</p> <p>Al termine di ognuna di queste esperienze di esposizione valutare, in seduta, le emozioni (negative/positive/neutre) emerse. Analisi di quanto la paziente le abbia tollerate, quanto le abbia vissute con serenità, quanto siano state gratificanti.</p>
<p>Proseguire il cambiamento: individuare gli obiettivi della propria vita e valutare come perseguirli.</p>	<p>È arrivato il momento di capire cosa sia rimasto indietro nella propria realizzazione personale. È necessario che la paziente si conosca meglio e possa capire quali obiettivi e quali scopi oggi desidererebbe perseguire e in che modo farlo.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Analisi dei propri aspetti funzionali, delle proprie risorse e dei propri valori (possono aiutare le già citate tecniche ACT anche in quest'ultimo aspetto).</li> <li>2. Individuare degli obiettivi possibili nei vari ambiti della vita (personali, familiari, professionali, sociali). Non trascurare gli ambiti ludici, del rilassamento, del tempo libero.</li> <li>3. Costruire una "road map" che permetta di programmare nel tempo le nuove esperienze/progetti che si intendano realizzare distinguendo quelli di breve, medio e lungo termine. Programmare degli incontri in studio per valutare riscontri, emozioni, considerazioni (bilancio costo/benefici), risultati.</li> </ol>
<p>Prevenzione delle ricadute.</p>	<p>Una volta che i vari "investimenti" sulla nuova vita di Catia siano stati messi in cantiere sarà necessario fornirle indicazioni e strumenti affinché possa riconoscere sul nascere il possibile instaurarsi di aspetti regressivi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soprattutto è utile che la paziente si abitui ad effettuare periodicamente un'analisi costi/benefici riguardo ai risultati degli obiettivi raggiunti, confrontando la Catia di ieri con quella di oggi.</li> </ol> <p>Il confronto, oltre che in riferimento alle mete materiali, dovrà riguardare aspetti più immateriali quali emozioni, senso di sicurezza, percezione di sé, livello di serenità, livello di gratificazione, livello di autenticità.</p>



		<p>2. È opportuno che la paziente faccia un inventario periodico delle tecniche, delle abilità e degli strumenti acquisiti.</p> <p>3. Nell'ultima fase si introducono alcune tecniche. Prima quelle dedicate al rilassamento: esercizi di <i>bioenergetica</i> secondo Lowen, il <i>training autogeno</i> secondo Schultz. Poi la Mindfulness affinché possa gestire il senso di responsabilità con maggiore leggerezza e impari a lasciare andare alcune cose.</p> <p>3. Infine sarà sempre opportuno tenere in mente quale sia stata l'importanza del metodo e dell'impegno nel conseguimento dei risultati ottenuti.</p>
--	--	---

#### Descrizione della terapia

Catia è una donna intelligente e con molte risorse. È estremamente sensibile, ama la musica (canta in un coro), a volte dipinge; si occupa di arredamento ed ha un certo gusto per il bello che il suo look personale non avrebbe minimamente fatto pensare e che emerge pienamente nel corso della terapia. Catia vuole, di fatto, conoscersi meglio. Ha una forte motivazione ad effettuare un percorso terapeutico per superare le sue sofferenze ed è autenticamente decisa a voler ripercorrere ed affrontare, a viso aperto, gli episodi del lontano passato. Nelle prime sedute viene accolta e semplicemente ascoltata. Man mano che la matassa delle complesse situazioni si dipana prende sempre più coscienza delle cause che hanno prodotto scelte, evitamenti, comportamenti. In questo modo riesce a divenire gradualmente consapevole di quanto la situazione del presente sia conseguenza diretta degli eventi del passato, di quali tentativi di soluzione abbia adottato nel tempo, di come abbia usato il suo senso delle responsabilità e di come tutto ciò abbia determinato conseguenze sfavorevoli. Durante il percorso terapeutico riesce a ricostruire le situazioni critiche del passato e a rimettere al loro posto, una alla volta, le caselle della propria vita. Gradualmente cambia il giudizio su sé stessa. Cambia l'interpretazione delle varie fasi della sua vita e si ridimensionano i sensi di colpa per le responsabilità che si attribuiva riguardo a molte situazioni accadute.

L'acquisizione di nuovi livelli di consapevolezza le dà sicurezza e ciò le permette di ascoltare meglio le proprie emozioni e di capire i propri autentici bisogni. Pian piano comincia a cambiare anche look e a scegliere colori più chiari lasciando alle spalle il mono-tono blu o nero che aveva adottato. Alcune attenzioni alla dieta alimentare e una ripresa dell'attività fisica migliorano nel tempo il suo aspetto e la sua autostima. Quando giunge in studio con un vestito a fiori acquistato anni prima sorridiamo insieme.

Nel percorso di cura non emerge più alcun elemento che possa avvalorare l'ipotesi di omosessualità. Catia stessa finisce per dimenticare quella che sembra essere stata, a questo punto, esclusivamente una sua paura.

Durante la terapia Catia decide di dedicarsi a una passione che aveva avuto in passato: quella del design e dell'arredamento di ambienti, appartamenti, case. Con gli stimoli ottenuti nel percorso terapeutico inizia un corso di perfezionamento in queste materie. Dopo poco tempo espone alcune sue idee al titolare di un mobilificio della città che, con interesse, le chiede di istaurare un rapporto di collaborazione. Pian piano questa attività per Catia diviene sempre più significativa, sia in termini di gratificazione personale che economici. Tra l'altro l'ambiente del mobilificio, che frequenta solo di pomeriggio quando è libera dal suo lavoro di impiegata amministrativa, è composto soprattutto da uomini: il titolare, i falegnami, i montatori, i trasportatori, i venditori. Con essi, dopo un primo periodo di imbarazzo, riesce a istaurare relazioni serene, spontanee soddisfacenti.

Avendo avuto una buona offerta economica sta valutando di lasciare il vecchio lavoro per dedicarsi al nuovo ruolo di design e arredatrice.

Continua a frequentare il coro e a disegnare per diletto. Sta mettendo da parte alcuni acquerelli con i quali, in un grande magazzino dismesso del mobilificio, intende allestire una mostra che sembra abbia trovato l'immediato consenso dei titolari, anch'essi amanti dell'arte. La situazione familiare si mantiene serena (non era mai stata critica) e gli spazi delle relazioni amicali si sono allargati comprendendo anche una parte maschile. Catia è particolarmente motivata a continuare il viaggio di conoscenza di sé stessa. In una delle ultime sedute ha espresso la volontà di iscriversi ad un corso di Counselor.

Mi auguro di non aver mostrato troppo esplicitamente la mia lieve antipatia per questo indirizzo.

#### *Valutazione di esito*

Quello con Catia è stato un percorso molto gratificante e pieno di risultati soddisfacenti.

In primo luogo, le ha consentito di raggiungere una maggiore distanza emotiva dagli eventi traumatici del passato. La paziente è, oggi, estremamente consapevole di quale sia stato il suo modo di funzionare e di cosa abbia prodotto alcune scelte di vita che, più che alimentare un'esplicita sofferenza, di fatto hanno fortemente limitato le sue potenzialità/possibilità. Si è resa conto di aver percorso un prolungato tratto della propria strada a basso profilo e desidera oggi conoscersi meglio e vivere in modo più consapevole, pieno, gratificante la vita che verrà.

Non si sono verificate al momento ricadute e regressioni e la paziente continua a lavorare con entusiasmo e sicurezza verso gli obiettivi che si è prefissata.

Nota interessante: ha impegnato una discreta quota del suo bilancio per svecchiare il suo guardaroba e acquistare dei nuovi abiti. Soprattutto quest'anno di colore giallo e celeste.

**Giorgio Albani, medico**

**Specializzato in psicoterapia cognitiva, training Perdighe e Procacci**

**e-mail: [albani.giorgio@gmail.com](mailto:albani.giorgio@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)

## Alice e il timore dell'umiliazione: "forse ci tiene però...!"

Sabrina Consumati<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Studio di Psicoterapia Via Vincenzo Cesati 7, Roma

### *Riassunto*

Il presente lavoro descrive il caso di Alice, una ragazza di 30 anni. Alice non ha mai avuto una relazione, soffre questa situazione perché riconosce avere difficoltà nel mantenere e approfondire i rapporti. Alice si aspetta dal partner attenzioni esclusive, ha difficoltà a fidarsi, si aspetta che l'altro possa avere un atteggiamento non autentico e per accertarsi del "reale interesse" dell'altro assume un atteggiamento iperprudenziale, sospettoso e provocatorio che finisce per far allontanare il partner. Dalla formulazione del caso sembra emergere il timore di essere umiliata, che spinge Alice a vivere le relazioni da una prospettiva di rango. Non vuole farsi prendere in giro, non vuole che l'altro si approfitti di lei e ciò la porta ad essere sostanzialmente sola, perché in fondo è impossibile avere la certezza assoluta della disposizione dell'altro. Il trattamento, ancora in corso, si è inizialmente incentrato nel ricostruire il funzionamento di Alice e rimandarlo alla paziente, mettendo in luce le sue motivazioni e i cicli interpersonali conseguenti ai suoi comportamenti.

*Parole chiave: umiliazione; cicli interpersonali; narcisismo covert;*

### **Alice's fear of humiliation: "maybe he is loving, but..!"**

#### *Summary*

This paper describes the case of Alice, a 30-year-old girl. Alice has never been in a relationship, she suffers this situation because she recognises that she has difficulty in maintaining and deepening relationships. Alice expects exclusive attention from her partner, has difficulty trusting, expects the other to have an inauthentic attitude, and in order to ascertain the other's 'real interest' she adopts an over-prudential, suspicious and provocative attitude that ends up driving her partner away. A fear of being humiliated seems to emerge from the formulation of the case, which drives Alice to experience relationships from a rank perspective. She does not want to be fooled, she does not want the other to take advantage of her and this leads her to be essentially alone, because after all it is impossible to be absolutely certain of the other's disposition. The treatment, which is still ongoing, initially focused on reconstructing Alice's functioning and sending it back to the patient, highlighting her motivations and the interpersonal cycles resulting from her behaviour.

*Key-words: humiliation, interpersonal cycles, covert narcissism*

### Descrizione del problema

Alice decide di intraprendere un percorso di terapia in seguito all'ennesima delusione dovuta alla rottura di un rapporto sentimentale e il relativo commento di una sua cara amica d'infanzia "gli altri si allontanano perché non ti fai avvicinare".

Alice non ha mai avuto un rapporto intimo con un uomo. Se da una parte si dice che non ha ancora incontrato "quello giusto", dall'altra riconosce che se non ha mai avuto un'esperienza sessuale buona parte della responsabilità è sua.

Considerando il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-5, il quadro sintomatologico della paziente sembra non soddisfare né totalmente né parzialmente una specifica diagnosi categoriale. Le difficoltà relazionali potrebbero far pensare a tratti di personalità narcis-covert.

### Profilo interno

Quando Alice prova interesse per un uomo, evita di "ammettere" il suo interesse perché questo la metterebbe nella condizione di *mostrarsi debole*. Mostrarsi debole significa dare potere all'altro di umiliarla e ferirla. Per *evitare di essere umiliata*, Alice sente di doversi accertare di potersi fidare del tutto dell'altro, che crede però umiliante e non degno di fiducia. La ricerca di questa certezza (mi posso fidare dell'altro) si concretizza nel perseguimento dello scopo di *evitare scelte superficiali*. Questo la porta a prendere tempo per valutare le "reali intenzioni" dell'altro: "se ti rifiuto e tu insisti e vai oltre i miei paletti, allora ci tieni." Il suo prendere tempo e rimanere affettivamente e fisicamente distante fa però allontanare l'altro, cosa che conferma il timore che l'altro possa non essere sinceramente interessato, nonché di essere una persona che, non generando "vero interesse" nell'altro, non ha valore (inadeguata, non amabile).

Antiscopo terminale: <i>non essere debole</i>	Scopi strumentali a antiscopo: <i>non essere umiliata; non essere superficiale; non mostrare interesse.</i>
Credenza su di sé: inadeguata/non amabile	Credenza: se l'altro va oltre il rifiuto, allora ci tiene (sono amabile)

Credenza sull'altro: l'altro è umiliante; non è degno di fiducia	Credenza: se l'altro mostra interesse per me, è inautentico (vuole approfittarsi/umilia)
--	--

L'aspettativa della delusione dirige l'attenzione di Alice selettivamente verso ciò che conferma il disinteresse dell'altro. Nonostante riconosca i gesti di interesse dell'altro "ci ha pensato proprio a quale cioccolatino mi piaceva..." Alice sente di non potersi fidare, teme che lasciarsi andare sia una scelta sbagliata, cosa che vuole assolutamente evitare perché fare scelte sbagliate significa agire in modo superficiale, vale a dire da persone di poco valore.

A	B	C
Marco passa in farmacia e le porta un cioccolatino al pistacchio	"Ah! È una cosa studiata. Ci ha fatto caso che mi piace il pistacchio, forse ha visto il post su fb... Allora forse un po' ci tiene.."	Sorpresa Felice (accettata, ben voluta, ottimista, di valore)
	"forse un po' ci tiene, <b>però...!</b> Tieni a bada le emozioni, non ti illudere... chissà cosa c'è sotto... che fa mi dà attenzioni senza nulla in cambio? Che mi devo aspettare? Si espone così davanti a tutti, esporsi così davanti i miei colleghi, può essere preso da me fino a questo punto? <i>Esporsi per me, lo trovo anomalo, inaspettato. Attenta...</i> "	Ansia (scettica, sospettosa, diffidente)  <i>Attenzione selettiva: conferme che l'altro non è preso</i>  <i>Comportamento: distaccata, "non gli faccio capire che sono contenta"</i>

Questo scetticismo la porta a soffermarsi su tutto ciò che potrebbe confermare l'idea che l'altro non è veramente attratto o interessato a lei. Il timore di essere umiliata e il tentativo di evitare scelte superficiali ("non faccio le cose tanto per") l'hanno portata nel tempo ad evitare sistematicamente qualsiasi approccio fisico. Pur desiderando condividere

un'intimità, nel momento in cui si trova ad avvicinarsi fisicamente ad un uomo, Alice visualizza lo scenario dell'umiliazione, dell'inautentico interesse dell'altro e ne consegue la paura che la porta a bloccarsi e ritrarsi.

L'evitamento attiva in seguito un senso di colpa per il quale si colpevolizza quando sente l'altro distante. Quando l'altro si allontana, Alice rafforza l'idea di non essere abbastanza rispetto tutte le altre donne che al contrario di lei hanno esperienze, rafforzando la credenza di essere inesperta e non all'altezza del prossimo eventuale approccio.

A	B	C
Marco si avvicina per baciarla	<p>“eccolo sta per baciarmi, vuole qualcosa da me ... non ho esperienza, e se bacio male??</p> <p>Penserà che non è normale che a questa età non ho esperienza..”</p>	<p>Ansia</p> <p><i>Feeling: irrigidimento, tensione</i></p> <p>Vergogna</p>
A''=C	B''	C''
Osserva la sua reazione corporea, di tensione	<p>“ecco sono rigida, non sono in grado, se mi irrigidisco c'è qualcosa che non va, non sono all'altezza, non sono capace, vuole qualcosa che non posso dargli”</p>	<p>Paura</p> <p><i>Evitamento: si ritrae</i></p>

Successivamente, rumina su come sono andate le cose e prova tristezza rispetto la perdita della relazione e la colpa per non essere riuscita a lasciarsi andare. Questo la porta a voler recuperare la relazione spiegando all'altro le sue difficoltà (riparare il danno).

**Manifestare le emozioni però, per Alice, equivale a mostrare una debolezza.** Quando prende coraggio e sceglie di parlare delle sue emozioni e delle sue difficoltà, teme che l'altro non mostri interesse e che la rifiuti. L'attenzione selettiva verso tutto ciò che conferma la disposizione negativa dell'altro e la tendenza all'azione di Alice che si manifesta attraverso il distacco mantiene il circolo vizioso tra l'aspettativa che l'altro sia disinteressato e umiliante (prende in giro) e il suo effettivo allontanarsi.



A	B	C
<p>Alice chiama Marco per parlare e spiegargli cosa la porta ad allontanarsi, lui le dice che è con Sara (nuova frequentazione da quando A. e M. hanno chiuso) e <i>che la richiama appena può</i></p>	<p>“c’è lei adesso, se ha scelto lei evidentemente prova qualcosa per lei, non ha interesse per me...”</p> <p>“ho programmato tutto per vederlo e mi sono ritrovata un muro, <i>un no secco</i>, magari non vuole vedermi ... sa che avrei ceduto e che non avrei insistito perché non mi metterei in mezzo alla coppia... Chissà che pensa, che non vuole avere a che fare con me!”</p>	<p>Tristezza</p> <p>Vergogna</p> <p><i>Bias: saltare alle conclusioni; lettura della mente</i></p> <p><i>Attenzione selettiva: conferme del fatto che non vuole vederla</i></p>

Dopo poco, Marco la richiama. Alice interpreta tutto quello che succede alla luce dell’idea che lui non vuole vederla e che quello che fa è cercare di evitarla.

A	B	C
<p>Squilla il cellulare di Alice, è Marco</p>	<p>“che scema, adesso che l’ho chiamato gli ho fatto capire che ho interesse... non dovevo farlo, <i>penserà che sono una povera illusa..</i>”</p>	<p>Vergogna</p>
	<p>“e se mi prende in giro? Adesso che sa che ho un interesse per lui potrebbe pensare che sono una poveraccia.. “</p>	<p>Ansia</p> <p><i>Attenzione selettiva: ricerca conferme dell’essere presa in giro</i></p>
	<p>“<b>Ha fatto passare del tempo di proposito</b>, per farmi pensare che Sara è andata via... lo fa di proposito perché non vuole vedermi, si sta inventando delle</p>	<p>Rabbia</p> <p><i>Attenzione selettiva: ricerca conferme dell’essere presa in giro</i></p>

	scuse per non vedermi, mi vuole prendere in giro..”.	<i>Comportamento: risponde e gli dice che non deve dirgli niente di importante</i>
--	--	--

L'elevato investimento di Alice nello scopo di evitare l'umiliazione e l'attribuzione del suo valore personale in base alla vicinanza dell'altro, sembrano essere gli assi principali su cui si struttura il suo funzionamento.

### **Meccanismi di mantenimento**

Il procedere del percorso ha permesso di raccogliere una serie di episodi che ha reso evidente il ciclo interpersonale che si viene a creare: Alice vuole una relazione, ma crede che esprimere i suoi sentimenti significa mettersi nelle mani dell'altro, cioè essere vulnerabile. L'altro è visto da Alice umiliante, per cui non può fidarsi. Mostra relativo interesse e distacco mentre ricerca la sicurezza di potersi fidare. In questa fase di valutazione delle reali intenzioni dell'altro, lei non mostra condivisione, affetto o apertura, ma assume un atteggiamento sospettoso, sfidante, che fa allontanare l'altro. Questo le conferma sia che la credenza "l'altro è umiliante" è vera, sia che se l'altro non ha interesse per lei, allora è davvero sbagliata, non amabile.

Il perseguimento dello scopo di *non essere umiliata* porta Alice a mettere in atto un *ragionamento iper-prudenziale* che la porta a valutare con maggiore probabilità il verificarsi dell'evento temuto. Secondo un criterio del tipo ***better safe than sorry***: "lo allontano finché non sono sicura che lui sia *effettivamente* interessato". Ne consegue l'evitamento delle situazioni di vicinanza, non concedendosi di sperimentarsi e mettersi alla prova nella situazione temuta (se l'altro scopre la mia inesperienza, mi umilia), Alice impedisce la disconferma dell'ipotesi temuta (se svela la sua inesperienza, l'altro non la umilia; se l'altro la umilia, è tollerabile).

Alice entra frequentemente in stati di ***ruminazione*** in cui fa un continuo *check* dello "stato della relazione", in cui valuta se stessa e le circostanze. La ruminazione alimenta il senso di inadeguatezza "non sono normale io? Ho qualcosa che non va?" e alimenta l'aspettativa negativa della disposizione dell'altro nei suoi confronti.

Alice non ha davvero chiaro quando lo scopo di non essere umiliata può dirsi essere raggiunto e mancando un chiaro segnale di stop, persiste in uno stato di allarme che la spinge a ragionare in termini prudenziali (*bias di conferma*) per proteggersi dalla minaccia costantemente in atto e il cui esito è per lei inaccettabile e intollerabile (se l'altro mi umilia, significa che non sono degna d'amore e sarò per sempre sola).

Quando assume l'atteggiamento di sospettosa osservazione dei comportamenti dell'altro, le euristiche che intervengono nel valutare i comportamenti dell'altro richiamano *bias* quali *salto alle conclusioni* e *lettura della mente*: Alice si prefigura i pensieri dell'altro, costruendo le intenzioni dell'altro in base alle aspettative coerenti con le sue credenze (altro umiliante).

A seguito di situazioni in cui valuta (NAT) non autentico l'interesse dell'altro (Marco che declina un invito o che disdice un appuntamento) e dove sperimenta ansia (e se non so baciare?), tristezza (sono sola) vergogna (penserà che ho qualcosa che non va..) o rabbia (mi sta prendendo in giro!) per effetto del *mood congruety effect*, e del *bias di memoria*, Alice tende a riportare alla mente le esperienze passate congruenti con quelle stesse sensazioni (frequentazioni precedenti in cui il partner ha mostrato perplessità, insicurezza, o affermazioni "è solo un'amicizia"), confermando ulteriormente le sue credenze. Le esperienze passate e la sovrapposizione di queste alle sensazioni presenti aumentano la percezione di essere potenzialmente umiliabile, nonché la necessità di essere estremamente prudenti, essendo dietro l'angolo la minaccia temuta.

L'*autocritica* mantiene l'idea di essere inadeguata: per Alice non avere mai fatto esperienze intime e non riuscire a instaurare un rapporto stabile diventa indice della sua reale inadeguatezza.

Infine, se da una parte gli *evitamenti* alleviano l'ansia e allontanano le scenario temuto, dall'altro i comportamenti messi in atto per evitare il contatto (allontanare l'altro, ritirarsi, fare battute per sondare il *reale interesse* dell'altro), attraverso il fenomeno di *behaviour as information* confermano ad Alice l'aspettativa di essere inadeguata, abbassando così la probabilità di mettersi in gioco e acquisire competenze sociali potenzialmente correttive

rispetto la credenza di essere inesperta e inadeguata e rispetto la credenza sugli altri giudicanti e umilianti.

### **Esordio/scompenso**

Alice non sembra riportare un evento specifico di scompenso, ma una serie di eventi che sono accumulati dalla sensibilità al senso di umiliazione e al rifiuto con un'attribuzione esterna del proprio valore personale. Inoltre sembra aver accumulato prove del fatto che non riesce ad avere un fidanzato, cosa che vorrebbe. Una maggiore presa di coscienza potrebbe essere stata stimolata dal commento della sua amica "gli altri si allontanano perché tu non ti fai avvicinare", che l'ha motivata a chiedere una consulenza.

### **Fattori di vulnerabilità**

Alice riporta diversi episodi che nella sua storia di vita sembrano avere confermato e rinforzato nel tempo le credenze sull'importanza di non mostrarsi deboli (non mostrare le proprie emozioni) e sulla funzionalità di questo evitamento, volto a proteggerla dalle umiliazioni.

In base alla ricostruzione della sua storia di vita, osserviamo che le relazioni genitoriali sono state caratterizzate da una deprivazione emotiva: Alice ha fatto scarsa esperienza di validazione delle proprie emozioni: il padre è descritto come anaffettivo, "era presente ma non ho mai condiviso niente con lui"; la madre ansiosa "preferivo non farla preoccupare, altrimenti si agitava". Alice quindi sembra aver imparato a reprimere le sue emozioni per evitare esiti spiacevoli (padre non mostra interesse; madre si preoccupa).

Ricorda un evento accaduto a 16-17 anni, da cui sembra aver avuto inizio l'iperinvestimento nel prevenire l'umiliazione e l'aspettativa negativa dell'altro. A quel tempo era innamorata di un ragazzo di scuola con il quale aveva un flirt. Ricorda che era in giro per il centro città con le amiche, incontra il ragazzo che si trovava in macchina con amici. Lui la chiama con fare "carino" e la invita ad avvicinarsi alla macchina. La afferra per un braccio e dice all'amico che guida di partire, le fa fare qualche metro di corsa attaccata alla macchina per poi lasciarla. Alice ricorda di essersi molto spaventata, di aver provato vergogna per essere stata vista da tutti, rabbia per l'ingiustizia subita. In particolare ricorda la sensazione di essere guardata come quella che si è fatta illudere, si è fatta

prendere in giro. Da quel momento rompe la fiducia riposta negli altri e si dice che deve stare attenta perché se mostri interesse quando meno te lo aspetti l'altro potrebbe fregarti. Se già di base per lei era difficile condividere ed esprimere il suo vissuto emotivo, questo episodio sembra aver sancito definitivamente la regola per cui “esprimere le emozioni rende vulnerabili/deboli”

<b>ESPERIENZE di tipo episodico e/o continuativo</b>	<b>CONSEGUENZE credenze e scopi iper-investiti, strategie di coping utilizzate</b>
Padre non mostra emozioni, “non ricordo gesti di affetto da parte sua”. Ricorda un episodio in cui il padre si è commosso, si è alzato da tavola per andare in un'altra stanza, si è ricomposto ed è tornato a tavola.	“non si deve mostrare affetto, è da deboli (papà non lo fa vedere)” “non si devono mostrare le emozioni”
Madre ansiosa e apprensiva	“se mostro le mie emozioni, l'altro sta male ed è colpa mia” quindi “non si devono mostrare le emozioni”
10 anni circa, autobus dopo scuola, ragazzini fanno bullismo, la chiamano “puttana”, fanno commenti sul suo aspetto fisico, la umiliano. Nessuno fa niente, autista sente e vede tutto ma non interviene	“se nessuno mi aiuta, non ho valore” “se li hanno lasciati fare deve essere perché avevano ragione a umiliarmi, sono sbagliata io” “gli altri possono umiliarmi”
10 anni circa, a casa del vicino di casa, bambino la sbatte con violenza contro il muro e cerca di baciarla	“l'altro può approfittarsi di me” “non posso fidarmi dell'altro, devo stare attenta”
Comunione, prete viene denunciato per pedofilia. Non ci sono esperienze di vero e proprio abuso, ma ricorda lo sconcerto della notizia.	“anche chi non ti aspetti può approfittarsi di te”

### **Trattamento**

I primi incontri sono stati focalizzati sulla definizione del problema e sullo stabilire un rapporto basato sull'accoglienza, validazione, cooperazione e fiducia. Abbiamo deciso di utilizzare il “tu” per facilitare una relazione simmetrica, abbiamo utilizzato spesso il “noi”

per delineare un rapporto di comprensione empatica reciproca: "capita a tutti noi di provare vergogna...".

Alice arriva in terapia per scelta autonoma e fin dall'inizio ha mostrato una parziale consapevolezza delle cause della sua sofferenza.

Gli obiettivi espliciti della paziente espressi nel contratto terapeutico sono stati:

- Aumentare le interazioni piacevoli con uomini che le piacciono
- Provare meno ansia nelle interazioni intime con il potenziale partner
- Ridurre i processi di ruminazione e i momenti di profonda tristezza

Al fine di realizzare gli obiettivi concordati con Alice, mi sono proposta i seguenti cambiamenti cognitivi impliciti:

- Aumentare la capacità di conoscere e riconoscere le proprie emozioni, potenziando l'abilità di *monitoraggio* dei propri stati interni cogliendo i nessi tra gli eventi esterni e interni.

- Aumentare la capacità di decentramento, uscendo dalla prospettiva egocentrica e aprendosi a *ipotesi alternative sulle reali intenzioni dell'altro*.

- Aumentare la consapevolezza del proprio funzionamento interno, delle credenze e degli scopi che muovono i suoi comportamenti e dei *costi del suo iperinvestimento prudenziale* al fine di promuoverne un riesame critico e un almeno parziale disinvestimento

- Ricostruire la fondatezza storica delle sue credenze e dei suoi scopi, al fine di *normalizzare* la sua sofferenza e *diminuire l'autocritica*.

- Ridimensionare la credenza "se l'altro ci tiene, tenta il tutto e per tutto oppure non ci tiene veramente"

- Vedere da vicino lo scenario temuto "l'altro mi umilia" e passare attraverso lo scenario visualizzando come questo concretamente comprometterebbe la sua vita, depotenziando la catastrofe da "terribile e inaccettabile" a "spiacevole ma tollerabile"

- Consapevolezza delle dinamiche interpersonali e dei *cicli interpersonali* che si innescano dal suo modo di porsi in relazione e come questo rappresenta un costo a discapito del suo scopo di costruire una relazione stabile

Nella prima fase, attraverso *interventi di alfabetizzazione emotiva, psicoeducazione* e la *tecnica degli ABC*, Alice ha imparato a conoscere cosa sono e quali sono le emozioni.

Raccogliendo diversi episodi di sofferenza emotiva, abbiamo esplorato e approfondito i nessi tra gli eventi scatenanti, le emozioni e comportamenti, delineando la rete di pensieri automatici, credenze e scopi che caratterizzano il suo funzionamento (profilo interno).

Sono stati utili strumenti quali la *ruota delle emozioni* (che ha stampato e plastificato) per facilitare il riconoscimento degli stati emotivi ricercando nella ruota l'aggettivo che meglio rappresentava lo stato contingente, unitamente alla *griglia ABC* in cui la pz ha appuntato eventi, pensieri, emozioni e comportamenti.

Il *dialogo socratico* è stato utile per esplorare le relazioni tra l'ansia, la vergogna e le credenze sull'altro relative all'umiliazione. Abbiamo osservato come queste emozioni e le valutazioni contingenti abbiano un ruolo determinante rispetto le condotte di evitamento, notando come il *timore di essere umiliata* e il *timore di essere inadeguata* esiti in un comportamento che Alice valuta come conferma di un dato di fatto e non come conseguenza di un suo timore (non aver avuto un'esperienza intima con un uomo ci dice di quanto ti fa paura, meno di quanto sei "adeguata").

Attraverso la *ristrutturazione cognitiva* abbiamo osservato da vicino e attraversato gli scenari catastrofici da cui Alice desidera fuggire: "se l'altro dovesse *effettivamente* prenderti in giro, e dovessi sentirti umiliata, come sarebbe compromessa la tua vita? Come immagini cambierebbe? ... E se questo si realizzasse, cosa potresti fare?". Questo l'ha aiutata a prendere maggiore consapevolezza delle reali minacce e abbassare la soglia di allerta, rielaborando lo scenario di umiliazione in termini catastrofe molto spiacevole, ma tollerabile. Alice ha immaginato Marco che interrompe qualsiasi interazione in modo brusco e sprezzante, affermando qualcosa del tipo "ma chi ti credi di essere per piacermi, ma ti sei vista! Non ci voglio stare con te!" Sono state proposte una serie di riflessioni rispetto l'esito di questo scenario. Alice immagina di sentire una desolazione affettiva intorno, essere sola senza nessuno che riconosce il suo valore. Alla domanda "quindi tutti quelli che vengono lasciati non hanno valore e saranno per sempre soli?" Alice ridimensiona la catastrofe "beh no detta così no, comunque potrebbe sempre cambiare qualcosa, magari si conoscono nuove persone...".

A partire dall'individuazione delle doverizzazioni che Alice si autoimpone "non devo essere superficiale; devo essere attenta a non farmi fregare; non devo esprimere le mie

emozioni altrimenti l'altro mi umilierà", attraverso il *disputing* abbiamo evidenziato alcune disfunzionalità dei suoi pensieri: "quanto è logico e utile essere convinti dell'intento umiliante dell'altro, al fine di costruire una relazione affettiva stabile?" "accertarti in modo assoluto dell'effettivo interesse dell'altro, è stato funzionale a costruire una relazione stabile?". In questo modo Alice ha iniziato a considerare gli effettivi costi del suo ragionamento volto al controllo assoluto dell'effettivo interesse dell'altro: "no non mi è utile e non mi è mai stato utile, so solo che non vedevo alternative".

Il *disputing* è stato funzionale a mettere in evidenza una credenza secondo cui Alice si aspetta di "dover essere al primo posto". Tale *pretesa* si scontra con l'immagine di terribilizzazione in cui l'altro si prende gioco di lei, immagine che rappresenta la catastrofe e indica il poco valore di Alice.

Abbiamo rivalutato la pretesa "*devo essere al primo posto*", essendo poco attuabile e disfunzionale rispetto i suoi scopi (costruire una relazione stabile), ridimensionando le sue aspettative da "devo" a "preferisco essere al primo posto per il mio partner, ma posso tollerare di non esserlo sempre e questo non significa che l'altro non è interessato". La ristrutturazione di questa doverizzazione è stata data dalle seguenti considerazioni:

- Le nostre "regole" non implicano per forza un obbligo di aderenza da parte degli altri (in questo caso Marco), così come le regole degli altri non implicano un obbligo per noi. Non c'è scritto da nessuna parte che "per dimostrare interesse si deve fare il tutto e per tutto o che se una persona è interessata mette la persona in assoluto al primo posto".

- Possiamo avere delle preferenze rispetto ciò che apprezziamo negli altri, ma non c'è ragione per cui *debbono* comportarsi come noi vogliamo.

- Dirsi "non mi piace" è diverso dal dirsi "non deve assolutamente esistere"

Questo è stato un primo passo per iniziare a considerare la possibilità di valutare diversamente i comportamenti dell'altro "se disdice un appuntamento, non significa che non fa il tutto e per tutto per me e che non ci tiene davvero, ma che probabilmente ha rimandato l'incontro a un momento successivo per un motivo legittimo".

La psicoeducazione sulle emozioni ci ha permesso di dare maggiore significato alle reazioni di Alice e aprire un dialogo e confronto aperto e non giudicante rispetto la criticità e rigidità delle sue credenze.



Durante il percorso Alice ha riportato episodi connotati emotivamente in maniera molto diversa. Questo ha permesso di ricostruire di volta in volta gli stati in cui transita:

- ansia → “e se mi prende in giro? Se ottenuto quello che vuole poi mi molla? non devo farmi fregare, devo stare attenta...”
- rabbia → “come si permette! Mica sono scema! Ecco, se fosse successo qualcosa ecco come sarebbe andata! è uno schifoso vigliacco bugiardo!”
- tristezza → “alla fine mi ritrovo da sola, le altre hanno una relazione e io no, va sempre allo stesso modo, non vorrei ritrovarmi così”
- senso di colpa → “in fondo forse ho esagerato, alla fine è stato tanto paziente, ho rovinato tutto, dovevo essere più gentile e disponibile, se non mi fido e allontano gli altri, come fanno ad avvicinarsi a me se poi sono io che mi blocco? Se non va è solo colpa mia... dovrei farmi avanti...”.

Individuare questi momenti diversi, gli eventi attivanti e il decorso dell’attivazione emotiva, hanno permesso di aumentare la consapevolezza delle emozioni nel qui ed ora e creare una maggiore distanza critica tra lei e i suoi pensieri. Tale distanza è stata utile per allenare un monitoraggio e una capacità di trovare un compromesso tra gli scopi dell’uno e dell’altro stato mentale.

Abbiamo ricostruito come l’iperinvestimento sul prevenire la minaccia non permette a Alice di sperimentare altri aspetti della relazione, quali la reciprocità, la condivisione e soprattutto le sue emozioni e i suoi bisogni nella relazione che le permetterebbero una maggiore connessione con l’altro.

A partire dal vedere insieme il ciclo interpersonale, è stato utile far sperimentare a Alice gli effetti dell’atteggiamento mosso dal sospetto, per osservare l’impatto relazionale sull’altro nel sentirsi messo alla prova. Attraverso il *role playing*, Alice ha preso le parti di Marco, mentre io ho interpretato lei in momenti in cui ha espresso la sua poca fiducia e il suo disprezzo per la (presunta) intenzione malevola. Il *role playing* è stato particolarmente utile per aiutare Alice ad osservare come il suo comportamento, se pur inizialmente mosso dalla volontà di proteggersi, esitava in una inevitabile reazione di perplessità dell’altro e che il ripetersi di questa sospettosità porta all’exasperazione: (Alice facendo la parte di

Marco) "non è neanche giusto che uno è così convinto che voglio approfittarmene, alla fine qualunque cosa fai non è abbastanza, alla fine lasci perdere...".

In questo modo Alice ha preso maggiore consapevolezza di come uno scopo iperinvestito (non essere umiliata), generi i sintomi che reggono la sua sofferenza (blocco nelle relazioni, senso di tristezza) ed ha aumentato la sua disponibilità a disinvestire sul prevenire la minaccia a tutti i costi direzionando la sua attenzione su aspetti diversi, più in linea con ciò che lei vorrebbe dalla relazione.

Abbiamo riformulato l'antiscopo "*non essere umiliata*" in positivo, "*sentirmi in relazione con l'altro*". La riformulazione in questi termini può aiutare Alice a muoversi in base ai suoi desideri: sentirsi in relazione con l'altro, che per lei significa scherzare, giocare, parlare di sé, condividere momenti insieme (scegliere insieme un ristorante, organizzare uscire, fare piccoli regali). Quando fa questo, si sente gratificata. Formulare i suoi scopi in questi termini le sta permettendo di dare maggiore attenzione a questi attimi, abbassando la soglia di allarme associata al sentire di dover monitorare il pericolo.

### **Risultati raggiunti**

Ricostruire gli ABC di ciascuno stato è stato utile per aiutare Alice a ricostruire le dinamiche tra credenze, eventi, emozioni e tendenze all'azione, creando con il tempo una distanza critica che ha permesso di mettere in discussione le valutazioni automatiche aggiungendo a queste dei pensieri alternativi che hanno depotenziato i NAT e le relative emozioni. Alice dopo aver raccolto molti episodi e aver monitorato in autonomia i pensieri automatici, ha iniziato a difendersi dalle valutazioni automatiche dirigendo l'attenzione su ipotesi e valutazioni alternative.

La valutazione "se l'altro mi umilia, è inaccettabile", è stata riformulata in "non posso prevenire i comportamenti dell'altro e può capitare che l'altro mi umili, è doloroso, ma posso gestirlo".

Alice sta accogliendo l'idea che il senso di indegnità e non amabilità, più che essere un dato di fatto, è il frutto di un timore che è andato autoconfermandosi nel corso del tempo. La decatastrofizzazione dello scenario temuto e la psicoeducazione sull'ansia e la vergogna hanno motivato Alice a esporsi e investire sul valore di stare in contatto con l'altro

lasciandosi guidare da ciò che desidera, più che da quello che deve fare (non essere superficiale). In questo nuovo set cognitivo, è uscita con un ragazzo che ha mostrato interesse verso di lei e in un momento in cui si sono trovati da soli in macchina, nel momento in cui lui si è avvicinato per baciarla, lei ha individuato la “solita” attivazione ansiogena, ma si è detta che respingerlo non avrebbe cambiato nulla ma avrebbe mantenuto il suo essere inesperta, è riuscita a evitare di evitare e ha baciato Diego.

Il disinvestire sulla ricerca della sicurezza e l'accettazione di un certo margine di rischio (se l'altro vuole solo sesso è spiacevole, ma posso gestirlo) ha permesso a Alice di condividere un momento di maggiore intimità. Ha provato un senso di liberazione e di euforia che ha riportato in seduta, sottolineando che la sospettosità è comunque presente, ma in un'ottica meno ostile e perentoria.

#### **Elementi problematici, valutazione di stato.**

Nel primo periodo la sensazione che accompagnava le sedute era un “camminare sulle uova”: Alice sembrava reattiva a tutto ciò che poteva essere letto come una invalidazione e la mia reazione era aver timore che se avessi detto male qualcosa la pz avrebbe droppato. Dopo qualche seduta in cui abbiamo gradualmente creato un clima di validazione, ho riportato questa sensazione alla pz motivando l'intenzione di creare una relazione trasparente. Questo ha permesso di osservare come anche altri le riportano la stessa sensazione ed esplorare in modo curioso e non giudicante questo “testare l'altro”, che abbiamo poi collegato e ricostruito negli episodi quotidiani di Alice.

Inizialmente Alice aveva scarsa consapevolezza degli stati mentali attivi e a seconda dell'emozione attiva nel momento, era attivo in modo rigido e monolitico uno stato mentale e il flusso di pensieri e valutazioni congruenti ha inizialmente reso difficoltoso trovare uno spazio di intervento: avevo la sensazione che le sedute fossero un accompagnamento alle sue ruminazioni. Ad esempio in una seduta era particolarmente attiva sulla rabbia: racconta di aver chiesto a Marco un riscontro su come stanno andando le cose e di aver ricevuto come risposta “era solo amicizia”. In seduta ha riportato questo episodio accompagnato da una rabbia fredda, descrivendo una presa di consapevolezza distaccata “della persona che è” Marco: “non sono arrabbiata, non vale la pena neanche parlare di un uomo così, è tempo

sprecato, è una semplice rivalutazione e constatazione, starò attenta”, affermando di non essere arrabbiata anche se era evidente la sua attivazione sul senso di ingiustizia. Ci sono stati quindi momenti in cui la sua attivazione era molto alta e per non collidere con Alice è stato utile validare la “spiacevolezza” della situazione. Qualsiasi intervento mirato a aiutare Alice a prendere contatto con le sue emozioni, veniva stoppato: tp “mi sembri arrabbiata” A:”no non sono arrabbiata”, tp: “capisco, cosa avresti voglia di fare?” A: “niente! Prendo atto e vado avanti! Va bene così, avanti un altro, semplicemente, non è proprio aria, va bene così, a me va benissimo”.

Un aspetto su cui ancora non abbiamo lavorato è la credenza di indegnità e non amabilità. Gli interventi ipotizzati sono relativi a sedute di imagery rescripting su episodi della sua vulnerabilità storica, come ad esempio l’episodio del ragazzo che la trascina in macchina o dell’autista che non interviene nell’episodio sull’autobus.

**Sabrina Consumati, Psicologa, Roma**  
**Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Perdighe e Procacci**  
**e-mail: [sabrina.consumati@gmail.com](mailto:sabrina.consumati@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)

## Alice: un caso di trauma complesso concettualizzato attraverso il Modello Cognitivo delle Dipendenze Affettive Patologiche

Carolina Papa<sup>1,3</sup>, Erica Pugliese<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

<sup>2</sup>Scuola di Psicoterapia SPC, Roma

<sup>3</sup>Menteverde – Centro di Psicologia e Psicoterapia Monteverde

<sup>4</sup>Millemé, Violenza di Genere e Dipendenze Affettive

### *Riassunto*

Il trauma complesso fa riferimento a una condizione psicologica derivante da eventi traumatici cronici e ripetuti nel tempo che possono comprendere abuso fisico, sessuale e psicologico, così come neglect e violenza assistita. Tale condizione si accompagna a disregolazione emotiva e comportamentale, pervasiva sfiducia nei confronti degli altri e difficoltà a costruire relazioni intime. La possibilità di contare sugli altri per ricevere aiuto e supporto risulta compromessa, ma il desiderio di accudimento può essere così intenso in questi pazienti, da provocare stati dissociativi e aggressività. Viene presentato il caso di Alice, una donna che ha subito abusi sessuali perpetrati nel tempo per mano del padre e che giunge in psicoterapia a seguito del lutto improvviso e traumatico della sua migliore amica. Il profilo interno viene concettualizzato attraverso il Modello Cognitivo delle Dipendenze Affettive Patologiche, che si focalizza su come le esperienze precoci avverse possono portare allo sviluppo di diverse parti patologiche a partire dai bisogni insoddisfatti di amore, dignità e sicurezza. Secondo il modello esistono quattro tipi di parti che il trauma relazionale può generare, caratterizzate da specifici scopi, antiscoopi e credenze disfunzionali su di sé e sull'altro: il salvatore, l'indegno, il vulnerabile e il misto. Viene illustrato come tutto il funzionamento della paziente è regolato dal principale antiscoopo di non perdere la relazione con un altro abusante: infatti, le diverse parti patologiche si attivano sempre funzionalmente al mantenimento della relazione con le principali figure di accudimento di Alice, fino ad arrivare allo stato misto nel quale la paziente mette in atto gesti anticonservativi. Infine, dopo una descrizione dei principali processi di mantenimento e dei fattori di vulnerabilità derivanti dalla storia di vita della paziente, viene descritto l'andamento della terapia in termini di strategie e tecniche, nonché di relazione terapeutica e valutazione parziale degli esiti.

*Parole chiave:* trauma complesso, abuso sessuale, dipendenza affettiva patologica, vulnerabilità

### **Alice: A case of complex trauma conceptualized through the Cognitive Model of Pathological Affective Dependencies**

#### *Summary*

Complex trauma refers to a psychological condition resulting from chronic and repeated traumatic events over time that may include physical, sexual, and psychological abuse, as well as neglect and witnessing

violence. This condition is accompanied by emotional and behavioral dysregulation, pervasive distrust of others, and difficulty building intimate relationships. The ability to rely on others for help and support is impaired, but the desire to care can be so intense in these patients that it can cause dissociative states and aggression. The case of Alice is presented, a woman who has been sexually abused over time at the hands of her father and who comes to psychotherapy following the sudden and traumatic grief of her best friend. The internal profile is conceptualized through the Cognitive Model of Pathological Affective Dependencies, which focuses on how early adverse experiences can lead to the development of different pathological parts, from unmet needs for love, dignity, and security. According to the model, there are four types of parts that relational trauma can generate, characterized by specific goals, antigoes, and dysfunctional beliefs about self and others: the savior, the unworthy, the vulnerable, and the mixed. It is illustrated how all of the patient's functioning is governed by the main antigoes of not losing the relationship with another abuser. The different pathological parts are always activated functionally to maintain the relationship with Alice's primary caregivers, up to the mixed state in which the patient enacts anti-conservative gestures. Finally, after describing the leading maintenance processes and the vulnerability factors arising from the patient's life history, the course of therapy is described in terms of strategies and techniques, as well as the therapeutic relationship and partial evaluation of outcomes.

*Key words:* complex trauma, sexual abuse, pathological affective dependence, vulnerability

### **Presentazione del problema**

Alice è una donna di 37 anni che vive insieme al marito Andrea, con il quale ha una relazione da circa 6 anni ed è sposata da circa un anno. Andrea lavora come operaio, mentre Alice non lavora. Alice soffre di fibromialgia, lupus e colite nervosa. Assume psicofarmaci (antidepressivi, ansiolitici e miorilassanti) sin dall'età di 19 anni. Racconta di aver avuto un attacco di panico all'età di 18 anni conseguentemente alla lettura di un fumetto in cui veniva descritta una scena che l'ha spaventata nella quale una donna veniva uccisa. In quel periodo riferisce stati di ansia ogni volta che usciva di casa da sola, le sembrava sempre di avere una persona alle spalle e si girava in continuazione per controllare se ci fosse qualcuno mentre camminava. Da lì ha iniziato ad avere degli attacchi di colite nervosa: ha perso tanti kg arrivando, all'età di 19 anni, a pesare 36 kg. I genitori l'hanno quindi accompagnata presso un centro specializzato in disturbi alimentari dove le hanno prescritto i primi psicofarmaci. Dopo un anno, la terapia è stata interrotta consensualmente. Alice arriva da me su invito di una collega, intenzionata a intraprendere un percorso di psicoterapia per riuscire a elaborare il lutto della sua migliore amica Alessandra, morta improvvisamente un anno prima. Alice racconta che l'amica "si è buttata dalla finestra" ma questa ricostruzione degli eventi non la convince ancora oggi: ipotizza che il fidanzato di Alessandra sia coinvolto nella sua morte ma la polizia ha smesso di indagare, accertandone il probabile suicidio. Ad Alice sembra impossibile che Alessandra sia morta: continuano a rivenirle in mente immagini e ricordi felici di quando erano insieme, a volte le telefona per sbaglio ed entra in tunnel di tristezza in cui si lascia completamente assorbire dal suo dolore e passa intere giornate senza far nulla. Il lutto ha portato Alice a sentirsi sempre più demotivata nel tempo: il suo umore è molto deflesso e non ha voglia di uscire. Inoltre, presenta difficoltà di addormentamento:

rumina o rimugina quando si mette a letto e fa incubi continui. Spesso sogna scenari apocalittici in cui c'è una grande guerra, non c'è nessuno in giro e lei deve trovare un modo per sopravvivere: Alice viene inseguita da un aggressore dal quale deve riuscire a nascondersi. In questi tipi di sogni, se si convince di essere nascosta anche se in realtà è ben in vista agli occhi dell'aggressore, immagina che lui non riesca a vederla; tende spesso a svegliarsi per l'agitazione. Inoltre, Alice avverte tensioni muscolari e dolori durante la notte che le impediscono di rilassarsi e dormire: a volte le sembra di sentire il rumore della porta e immagina che qualcuno sia arrivato per farle del male. Il fatto che il marito dorma nel frattempo diventa ulteriore fonte di attivazione per Alice poiché pensa che, in caso di pericolo, lui non sarà pronto a proteggerla. Inoltre, la stessa presenza del marito nel letto provoca disagio in Alice la quale avverte un senso di costrizione e soffocamento dovuto alla sua vicinanza fisica. Infatti, riesce ad addormentarsi solitamente solo verso le 6:00 o le 7:00 di mattina quando Andrea si alza per andare a lavorare. Alice, all'arrivo in terapia, appare visibilmente in sovrappeso (BMI = 28,62). Come obiettivo connesso al suo percorso terapeutico, vorrebbe sentirsi più tranquilla e libera dai pensieri rispetto alla morte della sua amica ma, da un lato, l'idea di farlo le genera colpa perché si sente "come se la stesse dimenticando", dall'altro prova rabbia e sente di non riuscire a perdonarla per averla abbandonata e lasciata sola. In sede di primo colloquio, Alice racconta di aver subito abusi sessuali protratti nel tempo da parte di suo padre e che a volte le tornano in mente delle scene. Da quando è morta Alessandra, queste immagini e il dolore ad esse connesso sono più presenti: infatti, oltre alla colpa per non essere riuscita a salvarla, questo evento ha generato uno stato di paura in Alice, la quale teme di poter subire le stesse conseguenze per mano del suo abusante. L'abuso sessuale è stato perpetrato a partire dall'età di 9 anni fino ai 31 anni, si è fidanzata con l'attuale marito: *"da un lato mi sembrava normale e c'ho messo un po' a capire che non era così."* Gli abusi si svolgevano in questo modo: Alice doveva spogliarsi e mettersi sul letto a pancia in giù e il padre la accarezzava e si masturbava sul suo sedere; quando era il momento di raggiungere l'orgasmo, le chiedeva di alzarsi in piedi: anche in questo caso, Alice non aveva un ruolo attivo ma doveva semplicemente voltarsi e restare ferma in piedi, aspettando che finisse. Lui le diceva che non bisognava dire questa cosa a nessuno e lei ubbidiva. Ne ha parlato per la prima volta al suo compagno 5 anni fa, poi ad Alessandra, infine a sua sorella e sua madre. Alessandra le è stata vicino e si è offerta di aiutarla come poteva. La madre di Alice, al contrario, si è preoccupata unicamente della possibilità che Alice potesse denunciare il padre, creando così un danno all'intera famiglia; la sorella ha reagito con rabbia nei confronti di Alice, incolpandola di averle dato questa comunicazione che adesso avrebbe creato problemi a tutti. Infatti, dopo che Alice ha confermato che non intendeva sporgere

denuncia, le due hanno deciso di ignorare questa informazione, comportandosi come se nulla fosse mai successo. Alice immagina che, se questa storia venisse alla luce, il padre rimarrebbe isolato e lei si sentirebbe “non a posto”, cioè in colpa. All’arrivo in terapia, Alice presenta pensieri ambivalenti circa gli abusi subiti: da un lato prova rabbia e un istinto di rivalsa verso il padre, criticandosi per non essersi riuscita a difendere nel giusto modo; dall’altro prova senso di colpa all’idea di aver condiviso questa informazione con terze persone e di averlo quindi messo in pericolo. Il compagno di Alice è una figura di conforto per lei e rappresenta un punto di riferimento: infatti, quando lo ha conosciuto, se ne è andata di casa per andare a vivere con lui, allontanandosi dal contesto familiare abusante. I genitori di Alice sono sposati e, nonostante la madre sia a conoscenza degli abusi subiti dalla figlia, i due vivono ancora insieme: il padre di Alice manifesta comportamenti aggressivi e violenti verso la moglie, la quale reagisce con passività e accondiscendenza.

### Profilo interno

Il funzionamento di Alice viene inquadrato secondo il Modello Cognitivo delle Dipendenze Affettive Patologiche (Pugliese et al., 2023) che si focalizza su come le esperienze precoci avverse possano portare allo sviluppo di diverse parti patologiche a partire dai bisogni insoddisfatti di amore, dignità e sicurezza. Secondo il modello, esistono quattro tipi di parti che il trauma relazionale può generare, caratterizzate da specifici scopi, antiscopi e credenze disfunzionali su di sé e sull’altro: il salvatore, l’indegno, il vulnerabile e il misto.



Pugliese E., 2024



## SALVATORE

**Antigoal 2** → evitare di far soffrire l'altro; **Goal 2** → sentirsi amati

**Credenza Sé/Altro** → Sé altruista/Altro fragile

**Credenza 1:** *assecondare i miei bisogni è sbagliato e danneggia gli altri*

**Credenza 2:** *posso essere amata solo se mi sacrifico*

Alice ha un'idea del padre come "fragile" per cui è giusto che lei si sacrifichi per lui. Infatti, Alice in alcuni momenti pensa che, anche se il padre è un po' "egoista" (intendendo che cerca di trarre piacere sessuale dalla relazione con lei), in realtà l'abuso rappresenta solamente un suo modo per manifestarle affetto in quanto "figlia speciale", ma non lo farebbe mai con altre persone che non siano lei. Per questo, Alice prova un forte senso di colpa all'idea di aver espresso la sua sofferenza relativamente agli abusi subiti dal padre con il marito, la madre e la sorella poiché teme di averlo danneggiato e immagina che, se si venisse a sapere, lui rimarrebbe isolato; in più, non le farebbe del male per questo e lei sarebbe stata la "cattiva" che ha rovinato la loro famiglia, identificandosi quindi con l'abusante. Allo stesso modo, Alice non riesce ad allontanarlo, nonostante abbia paura di subire nuovamente abusi da parte sua: quando lui le telefona, lei si sente in colpa e gli risponde, cercando poi delle scuse per interrompere la conversazione quando lui inizia a farle delle avances sessuali, ma senza mai rifiutare apertamente. Col marito si presenta lo stesso pattern, per cui Alice non si sente in diritto di rifiutare le sue richieste (ad es. di uscire quando non le va) e sceglie di sacrificarsi perché *"non è giusto che l'altro debba rinunciare a qualcosa per me"*. Anche rispetto alla madre e alla sorella, Alice decide di assecondare la lealtà al nucleo familiare non parlando più di quanto accaduto: infatti, immagina che la madre possa subire un'umiliazione pubblica e rimanere ferita dal suo comportamento allontanandola, e che la sorella possa avere uno scompenso a causa dello stress generato da questa notizia. Decide quindi, anche stavolta, di sacrificare il proprio bisogno di essere vista e riconosciuta nella sua sofferenza a favore del bene dell'altro. Inoltre, la madre e la sorella sono sempre state molto richiedenti nei suoi riguardi: Alice doveva fare le pulizie a casa, fare compagnia al cane, accompagnare la sorella a fare le sue commissioni, ecc. Alice è sempre stata molto accondiscendente verso le richieste familiari, salvo sentirsi cattiva e in colpa, poiché identificarsi col ruolo della "salvatrice" è l'unica modalità attraverso la quale riesce a essere vista all'interno della sua famiglia e a scongiurare la perdita della relazione con le figure primarie di accudimento. Infatti, quando Alice ha iniziato a crescere raggiungendo la maturità sessuale, ha anche iniziato ad utilizzare

lo scambio di favori sessuali con il padre come strumento per proteggere la madre dalla sua violenza: quando il padre diventava aggressivo con la madre, Alice si proponeva e concedeva sessualmente a lui con l'obiettivo di "farlo calmare", sacrificandosi ancora una volta.

### VULNERABILE

**Antigoal 2** → evitare di sentirsi sola e in pericolo; **Goal 2** → sentirsi al sicuro

**Credenza Sé/Altro** → Sé vulnerabile/Altro abusante

**Credenza 3:** *quando mi trovo da sola sono in pericolo*

**Credenza 4:** *se mi fido, l'altro si approfitterà di me*

A partire dalle esperienze di abusi subiti per oltre 20 anni da parte di una figura che doveva essere per lei protettiva e di accudimento, Alice ha sviluppato una credenza di sfiducia e di pericolo nella relazione con l'altro. Infatti, è impaurita ogniqualvolta che si trova sola poiché si sente più esposta alla possibilità di trovarsi in una situazione pericolosa in assenza di qualcuno che la proteggerà. Questa paura si attiva in diverse situazioni nella vita di Alice. Ad esempio, quando si mette nel letto la sera non riesce a rilassarsi poiché le si attivano delle memorie traumatiche: il suo corpo inizia a irrigidirsi proprio nei punti che sono stati violati dalla figura paterna e, quindi, maggiormente connessi agli abusi sessuali subiti; sente di dover restare vigile durante la notte perché qualcuno potrebbe arrivare all'improvviso e abusare di lei. Inoltre, fa continuamente incubi in cui immagina che qualcuno voglia aggredirla, violentarla o ucciderla, che non le consentono di avere un sonno sereno. Nonostante il terrore di non riuscire a difendersi, nel sogno immagina di sparire oppure di riuscire ad essere invisibile agli occhi del mostro, come se quella violenza non stesse accadendo realmente: questa strategia presente nei sogni è molto simile ai meccanismi dissociativi che Alice metteva in atto durante gli abusi per distaccarsi dalla situazione traumatica e "fingere" che non fosse davvero lì in quel momento. Il timore che qualcuno possa approfittarsi di lei si verifica anche quando è sola in casa, situazione nella quale Alice immagina che il padre possa arrivare all'improvviso sotto casa sua e voglia salire, oppure che qualcuno bussi alla sua porta offrendole servizi o promozioni di qualche genere. In entrambe le situazioni, Alice immagina che l'altro voglia approfittarsi o abusare di lei e che lei non abbia le risorse necessarie per rifiutare la sua richiesta o per allontanarlo. Questo le genera uno stato di ansia di base, accompagnato da dolori e rigidità muscolare, che si attenua solo quando Andrea torna a casa dal lavoro per poi riattivarsi quando Andrea si addormenta. Anche il vissuto e l'interpretazione che Alice ha rispetto all'evento della morte di Alessandra sono riconducibili a questa

credenza minacciosa di base: infatti, immaginando Alessandra come vulnerabile e in pericolo, Alice pensa che il suo fidanzato si sia approfittato di lei al punto da pensare che l'abbia uccisa e gettata dalla finestra.

### INDEGNO

**Antigoal 3** → evitare di perdere la propria dignità; **Goal 3** → sentirsi speciali e di valore

**Credenza Sé/Altro** → Sé indegno/Altro svalutante

**Credenza 5:** *sono indegna e non meritevole di cure*

**Credenza 6:** *l'altro mi vede solo se è strumentale a un suo bisogno*

La madre di Alice, per oltre 20 anni, è stata indifferente rispetto agli abusi subiti dalla figlia da parte del marito nella sua stessa casa. Si ipotizza che la madre di Alice abbia un funzionamento dipendente tale per cui ella stessa sceglie di permanere in una relazione violenta e abusante col proprio marito, ma i costi di ciò ricadono inevitabilmente sul benessere di Alice e di sua sorella. Infatti, anche a causa dell'omertà materna, Alice ha interiorizzato una credenza per cui non è meritevole di cure, amore e protezione da parte degli altri. Quando dice apertamente alla madre di aver subito abusi da parte del padre, la sua reazione le conferma una credenza molto dolorosa che le genera emozioni miste: infatti, da un lato, il fatto che la madre abbia negato di essere a conoscenza dei fatti le conferma l'idea di non aver mai ricevuto sufficienti attenzioni rispetto ai suoi bisogni di base; dall'altro, il fatto che abbia deciso di svalutare l'accaduto "mettendo tutto a tacere" le ha confermato che non merita di essere vista nella sua sofferenza né tanto meno protetta dalle conseguenze degli abusi subiti. Inoltre, la madre di Alice si preoccupa unicamente del fatto che lei non sporga denuncia, confermandole la credenza per cui l'altro si preoccupa di lei solo quando c'è in gioco un proprio bisogno personale. Rispetto a tutto questo, Alice reagisce con un coping di evitamento in quanto l'idea che la madre possa essere noncurante di lei a tal punto è inaccettabile. Di conseguenza, sceglie di aderire alla lealtà e all'omertà familiare pur di mantenere la relazione. Lo stato di indegnità e l'idea dell'altro come svalutante si attivano anche nella relazione con Andrea e con la famiglia di Andrea, per cui Alice si attiva molto sulla rabbia anche di fronte a piccole critiche (ad esempio, se le viene suggerito come cucinare un certo piatto oppure se le viene rimandato che un regalo che ha fatto non era del tutto azzeccato). La sua rabbia, in quei momenti, sottende l'idea di essere profondamente sbagliata dentro e innesca dei cicli interpersonali problematici con le persone che la circondano che le confermano la credenza patogena iniziale.

## **MISTO**

Quando si attiva lo stato misto, per cui diverse parti sono attive, Alice sente l'impulso di tagliarsi e di farsi del male. Tale coping sembra avere diverse funzioni: la principale ha a che fare con l'idea che finalmente la madre si accorgerà di lei e le darà le attenzioni che desidererebbe. Farsi del male, quindi, diventa il canale attraverso il quale poter ricevere vicinanza emotiva. Un'altra situazione in cui le si attiva l'impulso a tagliarsi è quando vede che Andrea si sacrifica per occuparsi di lei quando sta male: questo le attiva l'idea di essere cattiva e di meritare di essere "punita" in quanto non degna di cure. Infine, ha la credenza per cui il dolore fisico derivante dal taglio l'aiuterà a interrompere lo stato caotico di sofferenza. Durante lo stato misto possono esservi cognizioni e attivazioni emotive caotiche non integrate rispetto a uno stesso evento, per cui Alice prova rabbia in quanto percepisce l'ingiustizia derivante dal disinteresse della madre, colpa quando si identifica con l'abusante e si sente cattiva perché immagina che l'espressione del suo bisogno coincida con un danno all'altro, tristezza quando è attiva la sua parte vulnerabile/abusata che sente il dolore derivante dalla perdita e dalla mancanza di sicurezza nella relazione.

### **Meccanismi di mantenimento**

#### *Cognitivi*

- *Bias interpretativo* → Alice presenta un bias interpretativo che utilizza per risolvere in modo coerente le informazioni ambigue, percepite come minacciose, e lo stato di incertezza, percepito come intollerabile. L'interpretazione minacciosa di stimoli neutri contribuisce a mantenere l'attivazione emotiva di paura conseguente, i dolori presenti nel corpo e la difficoltà a dormire perché agisce come se lo stimolo fosse indiscriminatamente pericoloso;
- *Mood congruity effect* → Alice presenta un bias per cui lo stato emotivo influenza la selezione e il recupero di memorie traumatiche ad esso affini, favorendo la selezione di un'informazione coerente con lo stato dominante. Questo ostacola l'apprendimento di un'informazione incompatibile con lo stato emotivo e indirizza giudizi e previsioni in modo ad esso congruente, mantenendo intatto lo scenario catastrofico immaginato e temuto da Alice e, di conseguenza, le attivazioni emotive ad esso connesse;
- *Difficoltà di decentramento metacognitivo* → Alice tende a leggere il comportamento dell'altro alla luce del proprio comportamento per cui la responsabilità percepita diventa il contenuto attribuito alla mente dell'altro, sotto forma di giudizio negativo, confermandogli l'idea di essere cattiva e non meritevole di cura e amore;

- *Rimuginio e ruminazione* → Alice, quando si spaventa, tende a ruminare sulle scene dei film o dei libri che ha visto prima di mettersi a letto: il pensiero ripetitivo su questi scenari porta alla rievocazione di ricordi traumatici che acuiscono lo stato di paura e le generano difficoltà di addormentamento;
- *Difficoltà di integrazione metacognitiva* → Alice non dispone di un sistema coerente e integrato di rappresentazioni di propri stati interni e di quelli altrui, ma piuttosto queste risultano contraddittorie nella sua mente. Infatti, il padre di Alice è contemporaneamente buono/fragile e cattivo/abusante e lei stessa è contemporaneamente vittima e abusante. La difficoltà di integrazione non le consente di avere una visione d'insieme e un senso di coerenza, contribuendo al mantenimento di uno stato di disorganizzazione mentale e comportamentale;
- *Evitamento e meccanismi dissociativi* → la difficoltà di accesso ad alcuni stati mentali porta Alice a mettere in atto strategie cognitive primitive di evitamento: se questo, da un lato, è protettivo per lei in quanto le ha consentito di sopravvivere agli abusi perpetrati, dall'altro rallenta il processo di integrazione degli stati mentali necessario ai fini dell'elaborazione delle memorie traumatiche;
- *Difficoltà di differenziazione metacognitiva* → Alice presenta una difficoltà nel distanziarsi criticamente dalla propria visione delle cose e questo genera un indebolimento delle capacità di autoregolazione. Quando si attiva lo stato misto, Alice tratta le rappresentazioni che ha di sé come oggettive e reali, alimentando i circuiti cognitivo-emotivi e smarrendo progressivamente la capacità di riflettere criticamente sul proprio pensiero.

#### *Cicli Interpersonali*

- ***Ciclo deontologico*** → quando Alice si sente di scarso valore per l'altro e teme di essere abbandonata per la sua indegnità, tende a reagire con rabbia e aggressività portando l'altro, ad esempio Andrea, ad allontanarsi da lei e le conferma, quindi, il suo timore iniziale di essere abbandonata e di vedersi svalutata nella sua sofferenza;
- ***Ciclo altruistico*** → quando Alice si identifica con l'abusante sacrificandosi per i suoi familiari, questi diventano sempre più richiedenti verso di lei confermandole l'idea di loro come fragili e bisognosi del suo aiuto ed alimentando, quindi, lo stato di colpa all'idea di sottrarsi alle richieste; inoltre, questo le conferma l'idea che può mantenere la relazione con l'altro solo quando si pone in una posizione di sottomissione;
- ***Ciclo vulnerabile*** → quando Alice si sente fragile, indifesa e senza risorse per potersi proteggere, tende a diventare richiedente nei confronti di Andrea (ad esempio, lo chiama spesso

durante il giorno mentre è a lavoro, gli chiede quando torna, ecc): questa ricerca di rassicurazione alimenta l'idea di sé come vulnerabile e non in grado di affrontare la situazione da sola, portando Andrea a diventare espulsivo nei suoi riguardi e alimentando, quindi, l'idea di un altro aggressivo e noncurante in risposta alla sua fragilità.

### **Scompenso ed esordio**

Gli eventi scompensanti sono stati vari e hanno a che fare con gli abusi perpetrati nel tempo dal padre di Alice a partire sin da quando lei aveva 9 anni. Un evento di scompenso rilevante è avvenuto all'età di 12 anni, quando il padre le chiese per la prima volta di spogliarsi in quanto, fino a quel momento, l'abuso consisteva in palpeggiamenti rimanendo vestiti. In quell'occasione, Alice si spaventò, scoppiò a piangere e chiese al padre di non chiederle più una cosa del genere ma, la volta successiva, lui lo fece nuovamente e da lì in poi accettò di sacrificarsi. L'aspetto che Alice riporta come maggiormente traumatico è l'idea che lui abbia infranto la promessa: in quell'occasione ha probabilmente iniziato a sviluppare le credenze per cui l'altro è inaffidabile/abusante e si interessa a lei solo per soddisfare un proprio bisogno personale. Un altro evento scompensante che ha messo in crisi il precedente funzionamento psicologico di Alice è la morte improvvisa di Alessandra. Questo evento ha portato alla luce le memorie traumatiche attivando Alice primariamente sulla colpa all'idea di non aver fatto il possibile per salvare la propria amica, poi sulla rabbia per averla lasciata sola disinteressandosi a lei, e infine sulla vulnerabilità connessa al senso di perdita di una relazione percepita come sana e protettiva. Lo scompenso relativo a questo evento sembra derivare da un processo di identificazione con l'amica Alessandra, per cui Alice sente di aver nuovamente permesso a un abusante di agire restando impunito: questo le attiva lo stato caotico per cui prova paura all'idea di poter ricevere la stessa sorte, colpa per non aver salvato la sua amica e rabbia per non aver ottenuto giustizia. L'esordio dei sintomi somatici è presente sin dall'adolescenza e, nella tarda adolescenza, ha iniziato a soffrire di stati di ansia che sottendevano convinzioni paranoiche per cui non è uscita da casa per un lungo periodo e non ha concluso gli studi. La morte di Alessandra, invece, ha portato all'esordio di una sintomatologia depressiva per cui Alice decide di intraprendere il percorso di psicoterapia.

### **Vulnerabilità**

I fattori di vulnerabilità che hanno portato allo sviluppo delle credenze patogene di Alice sono tutti riconducibili ad eventi relazionali precoci nel contesto familiare. Nella sua famiglia, infatti, ad Alice è sempre stato attribuito il ruolo di "oggetto sacrificale" in quanto doveva occuparsi della gestione di

una serie di servizi/problemi, sacrificando al contempo i propri bisogni di base. Infatti, essendo Alice la maggiore e presentando la sorella varie difficoltà psicologiche sin dall'adolescenza, le veniva chiesto di occuparsi della casa, di fare le pulizie, di portare fuori il cane, di accompagnare la sorella a fare i suoi servizi, ecc. Come emblema del sacrificio, dopo aver fatto i suoi servizi, Alice rimaneva a casa in uno stato di terrore in attesa che arrivasse il padre per abusare sessualmente di lei. Il padre di Alice, oltre alla pedofilia, esercitava anche altre forme di violenza sulle figlie: Alice rammenta episodi traumatici nei quali il padre prendeva lei e la sorella a cinghiate sulle gambe perché ridevano oppure parlavano troppo ad alta voce. La madre è sempre stata molto dipendente dal marito, accettandone gli aspetti di violenza sia su sé stessa che sulle proprie figlie: a questo si lega la sua fedeltà patologica e l'omertà relativamente agli abusi che Alice ha subito per oltre 20 anni che le hanno confermato l'idea di non potersi sentire al sicuro in nessuna delle due relazioni con le figure di accudimento. Rispetto alla vulnerabilità attuale, anche la sorella di Alice sceglie di aderire al principio di lealtà al padre, identificandosi con la figura materna: quando infatti Alice ha iniziato durante il percorso di terapia a ricercare protezione e giustizia per quanto subito, la sorella l'ha colpevolizzata rabbiosamente, dandole la responsabilità di aver danneggiato l'intera famiglia a causa della sua rivelazione. Questa reazione della sorella, per quanto lasci intendere come anch'ella si trovi all'interno di una relazione abusante dalla quale non riesce a uscire, conferma ad Alice di essere lei la "cattiva", colpevole per aver chiesto aiuto e non meritevole di alcuna forma di comprensione per quanto subito. L'unico modo per mantenere la relazione con la sua famiglia consiste nell'aderire anche lei a questo principio, sottomettendosi alla figura violenta e abusante del padre e permanendo nel ciclo di dipendenza nel quale non può permettersi di ricevere aiuto, protezione e supporto.

<b>Vulnerabilità storica</b>	
<b>Evento</b>	<b>Conseguenze</b>
Papà mi dice che è importante che io non dica a nessuno quello che facciamo e che ubbidisca	Assecondare i miei bisogni è sbagliato e danneggia gli altri
Mamma non si accorge che papà mi fa del male	Sono indegna e non meritevole di cure
Papà mi promette che non mi chiederà più di spogliarmi ma poi lo fa di nuovo	Se mi fido, l'altro si approfitterà di me
Quando sono da sola in camera, papà viene sempre da me e mi chiede di sottostare ai suoi abusi	Quando mi trovo da sola sono in pericolo

Difendo mamma dalla violenza di papà proponendomi sessualmente a lui	Posso essere amata solo se mi sacrifico
Mamma si accorge di me solo quando devo fare i servizi a casa	L'altro mi vede solo se è strumentale a un suo bisogno

Vulnerabilità attuale	
Evento	Conseguenze
Dico a mia madre e mia sorella che ho subito degli abusi e loro si arrabbiano e si preoccupano che io possa denunciare	Assecondare i miei bisogni è sbagliato e danneggia gli altri
Mia madre svaluta quello che ho subito e decide di non proteggermi restando insieme a mio padre	Sono indegna e non meritevole di cure
Sono a letto e sento dei dolori nel corpo	Se mi fido, l'altro si approfitterà di me
Sono a casa da sola e mio padre mi telefona chiedendomi di incontrarci	Quando mi trovo da sola sono in pericolo
Mi tengo tutto dentro rispetto al mio dolore altrimenti mia mamma e mia sorella mi abbandoneranno	Posso essere amata solo se mi sacrifico
Mamma mi sta vicina in questo momento solo perché teme che io possa denunciare papà	L'altro mi vede solo se è strumentale a un suo bisogno

### Trattamento psicoterapeutico

#### *Contratto e scopi del trattamento*

Alice ha per la prima volta uno spazio nel quale poter esprimere la propria sofferenza e il disagio derivante da questo si percepisce sin da subito nella relazione terapeutica: infatti, il senso di sfiducia e l'idea di non meritare quello spazio la portano a essere distaccata per la maggior parte del tempo durante le sedute, mostrando talvolta anche reazioni emotive incongrue e opposte rispetto ai contenuti verbali espressi. Alice arriva in terapia chiedendo di essere aiutata a elaborare il lutto della sua amica Alessandra, morta improvvisamente circa un anno prima. Dopo qualche seduta di assessment e l'emergere della tematica degli abusi sessuali in terapia, ridefiniamo gli scopi del trattamento che



consisteranno nell'accettazione del lutto dell'amica e nell'elaborazione dei vissuti traumatici conseguenti agli abusi subiti.

Obiettivi strategici	Razionale	Tecnica
Costruire l'alleanza terapeutica	Condizione necessaria ai fini terapeutici per garantire un accordo sugli obiettivi finalizzato al loro raggiungimento, nonché per fornire alla paziente un modello relazionale alternativo a quello esperito nella relazione con le figure di accudimento	Stile terapeutico molto attento: fermo nei momenti in cui la paziente necessita di un modello di ruolo protettivo diverso da quello genitoriale, molto caldo quando ha bisogno di sentire vicinanza e connessione emotiva con l'altro
Accettare ed elaborare il lutto di Alessandra	Aiutare Alice a prendere consapevolezza circa i fattori oggettivi (evento improvviso, circostanze incerte, ecc) e soggettivi (proiezione di alcune parti di sé) che ostacolano la risoluzione del lutto di Alessandra ai fini di rileggerlo e rielaborarlo in una nuova chiave	Psicoeducazione, tecniche ACT, self-disclosure della terapeuta
Rendere Alice consapevole delle sue credenze patogene	Identificare e condividere le credenze disfunzionali alla base del suo funzionamento al fine di iniziare a modificarle	ABC, laddering e ristrutturazione cognitiva, condivisione del profilo interno
Rendere Alice consapevole di come le sue credenze si sono costruite a partire dalla sua storia di vita	Mostrare ad Alice da dove derivano le idee che ha di sé e dell'altro a partire dalle relazioni precoci con i genitori per favorire l'alleanza con la sua parte vulnerabile e ridurre il senso di colpa/indegnità	Ricostruzione e condivisione della vulnerabilità storica, collegamento tra la vulnerabilità storica e quella attuale, lavoro con le parti

Alice: un caso di trauma complesso  
concettualizzato attraverso le Dipendenze Affettive Patologiche

Ridurre lo stato di disorganizzazione mentale	Aiutare Alice ad integrare la rappresentazione multipla e caotica che ha dell'altro e di sé stessa al fine di ristabilire un senso di coerenza interna e ridurre lo stato di frammentazione	Psicoeducazione, rinforzo delle strategie metacognitive di I livello (monitoraggio, identificazione cognitiva ed emotiva), condivisione del funzionamento utilizzando il lavoro con le parti
Ridurre i dolori nel corpo	Far prendere consapevolezza ad Alice di come i dolori si attivino nel corpo in certi punti e a partire da determinati eventi attivanti al fine di farle riacquisire un senso di potere rispetto alla loro gestione e ridurre la limitazione che gli comportano ad oggi	Tecniche di grounding, esercizi di consapevolezza, psicoeducazione, tecniche immaginative di rilassamento
Sviluppare abilità assertive	Aiutare Alice ad ascoltare i propri bisogni al fine di riconoscersi gradualmente il diritto a poterli esprimere nella relazione con l'altro e rompere lo schema di sacrificio	Psicoeducazione, modeling del terapeuta, role-play, validazione
Ridurre il rischio suicidario e parasuicidario	Mettere Alice in una condizione di sicurezza nei momenti in cui sente il bisogno di tagliarsi ai fini di trovare delle strategie più funzionali per gestire lo stato di sofferenza che non mettano in pericolo la sua vita	Chain analysis, tecniche DBT per la tolleranza della sofferenza, piano d'emergenza condiviso e contatto telefonico con la terapeuta
Favorire l'autonomia	Ridurre lo stato di dipendenza di Alice dall'altro al fine di aumentare il senso di autoefficacia e ridurre il senso di minaccia nell'affrontare le situazioni nuove percepite come pericolose	Esplorazione delle attività considerate piacevoli, dialogo socratico, esposizione graduale, validazione degli aspetti positivi e delle risorse possedute

**Descrizione della terapia**

<p><i>Andamento della terapia</i></p>	<p>I primi mesi della terapia sono stati dedicati a lavorare sull'elaborazione e accettazione del lutto di Alessandra. Abbiamo, pertanto, analizzato e ricostruito insieme i fattori oggettivi e soggettivi che ostacolavano la risoluzione del lutto: infatti, oltre all'imprevedibilità e alla violenza dell'evento che hanno lasciato la paziente in uno stato d'impotenza, questa tendeva a proiettare parti di sé sull'amica come risultato della difficoltà nel processo di differenziazione. Vedere questo meccanismo è stato molto utile ad Alice per modificare la sua narrazione del lutto. Inoltre, attraverso alcune tecniche ACT, Alice ha iniziato a vedere come Alessandra poteva essere e restare una parte buona che era ancora presente nella sua vita in qualche forma a proteggerla, ma riducendo le emozioni negative di colpa e rabbia connesse alla sua perdita. Dopo qualche mese e dopo aver acquisito una certa sicurezza nella relazione terapeutica, abbiamo iniziato a ricostruire la vulnerabilità storica connessa agli abusi sessuali paterni. Dapprima abbiamo ricostruito gli eventi traumatici e i vissuti di Alice quando era bambina con l'idea di ricollegarli ai fattori di vulnerabilità attuale, mostrandole come le paure di allora si ripresentano ad oggi nelle sue relazioni con gli altri. Man mano che Alice prendeva consapevolezza dello schema di sacrificio presente nel contesto delle sue relazioni, ha iniziato sempre di più ad allearsi con la sua parte vulnerabile e a riconoscersi il diritto di poter esprimere quella sofferenza cercando protezione e supporto, oltre che nella relazione terapeutica, anche al di fuori di essa attraverso la ricerca di aiuto da parte di altri parenti esterni al suo nucleo familiare principale. Alice, a questo punto, si ritrova alternata fra vari stati mentali in un conflitto di lealtà costante tra l'idea di essere colpevole/abusante per aver espresso i propri bisogni e chiesto aiuto, e quella di essere vulnerabile e avere tutto il diritto di farlo. Infatti, mentre in un primo momento, anche col supporto della terapeuta, Alice si mostrava intenzionata a combattere per il riconoscimento dei propri diritti andando contro il principio di lealtà al sistema familiare abusante, in un secondo momento ha avuto diversi episodi scompensanti derivanti dalla minaccia d'abbandono e di perdita della relazione con la madre e la sorella. Ha, quindi, iniziato a mettere in atto comportamenti parasuicidari per gestire gli stati mentali problematici innescando dei cicli interpersonali negativi con il marito. Infatti, Andrea, spaventato dalla gestione delle problematiche della moglie, ha chiesto più volte il supporto della terapeuta, contattandola di nascosto da Alice, per capire come gestire questi comportamenti-problema. Dopo aver condiviso questa informazione con Alice, la terapeuta ha proposto alla coppia di introdurre Andrea nella terapia per</p>
---------------------------------------	--

	<p>qualche seduta al fine di aiutarli a risolvere la dinamica relazionale che era venuta a crearsi fra loro. Nonostante Alice fosse d'accordo, Andrea si è rifiutato di partecipare reputandolo inutile, fino ad arrivare alla decisione di separarsi da Alice poiché non più in grado di gestire e tollerare la sua sofferenza. Questo evento è stato terribilmente traumatico per Alice poiché le ha confermato nuovamente che l'espressione della sua sofferenza coincide con un danno all'altro per il quale verrà allontanata e abbandonata. Inoltre, Andrea era l'unico e il principale punto di riferimento che sembrava essere protettivo per lei (oltre alla terapeuta). Dato che Alice non lavora e non ha entrate economiche di alcun genere, questo evento l'ha costretta a tornare nella sua vecchia casa e a rientrare, quindi, nel contesto familiare abusante. L'allontanamento di Alice da parte del marito ha provocato dei passi indietro rispetto agli obiettivi terapeutici in quanto la paziente ha iniziato ad aderire nuovamente ai principi familiari, oltre a trovarsi e vivere in un ambiente non sicuro per lei. Inoltre, la perdita del marito ha provocato un ulteriore scompensamento sul versante depressivo.</p>
<p><i>Relazione terapeutica</i></p>	<p>La relazione terapeutica con la paziente richiede una particolare attenzione poiché Alice presenta diverse credenze patogene che riguardano la relazione con l'altro, che può essere ora buono, ora abusante, ora invalidante. Inizialmente, la mancanza di fiducia della paziente nella relazione la portava a manifestare un totale distacco nei riguardi della terapeuta. Dopo qualche seduta, affrontando il lutto di Alessandra, la terapeuta ha operato un autosvelamento nei confronti della paziente su un'esperienza simile che aveva vissuto e che ha portato Alice a sperimentare un senso di connessione che ha favorito l'instaurarsi di un legame. Quando si è iniziato ad affrontare il tema dell'abuso in terapia, Alice faceva inizialmente molta fatica a condividere determinati episodi traumatici di quando era bambina: in quel contesto, la terapeuta, nonostante il disagio derivante dall'apprendere informazioni aberranti come quelle relative all'abuso sessuale su una bambina, si è sforzata di assumere un atteggiamento saldo ed empatico. L'obiettivo era quello di trasmettere ad Alice l'idea di avere di fronte a sé una persona con la quale non solo poteva permettersi di esprimere le cose orribili che aveva subito e la sofferenza ad esse connessa, ma anche una persona che non le avrebbe svalutate e sarebbe rimasta salda ad affrontarle insieme a lei. Questo ha fatto sì che nel tempo Alice riuscisse anche a sviluppare delle competenze assertive all'interno della relazione terapeutica. Per circa due o tre mesi, infatti, Alice ha iniziato a non rispettare alcune regole del setting terapeutico: disdiceva le sedute all'ultimo oppure non si presentava, richiedeva continuamente cambi di appuntamento, arrivava</p>

	<p>molto in ritardo, ecc. In sede di riparazione di questa frattura è emersa una difficoltà di Alice a condividere con la terapeuta la sua reticenza ad affrontare certe memorie e il senso di costrizione che avvertiva nella relazione all'idea di farlo. Questa prima frattura è stata molto utile in quanto dalla riparazione ne è derivata una maggiore assertività di Alice nei confronti della terapeuta che, da allora, è stata più attenta ad accertarsi dei suoi vissuti nel narrare certi eventi. La seconda frattura si è verificata poco tempo dopo, quando Alice ha chiesto alla terapeuta di dimezzare le loro sedute a causa di difficoltà economiche lamentate dal marito che le chiedeva di tagliare sulla terapia. La terapeuta, sbagliando, ha inizialmente confermato la credenza patogena della paziente (per cui "l'altro mi vede solo quando è funzionale a un suo bisogno"), accettando la sua richiesta. Attraverso supervisioni e intervizioni cliniche, la terapeuta ha compreso il suo errore e ha cercato di riparare offrendo a Alice la possibilità di dimezzare il prezzo delle sedute pur di continuare a vedersi con cadenza settimanale. Quest'esperienza correttiva è stata fondamentale per la relazione terapeutica perché, per la prima volta, Alice si è lasciata andare a un'emozione di totale commozione che sottendeva il senso di gratitudine verso la terapeuta, cioè verso qualcuno che aveva messo, per la prima volta, il suo bisogno al centro. Gli aspetti più problematici da gestire nella relazione terapeutica riguardano l'attivazione dello stato misto nella paziente. Quando Alice si sente molto vulnerabile e in pericolo, tende a diventare estremamente richiedente e si attiva una sorta di pretesa di ricevere subito l'attenzione e l'accudimento di cui ha bisogno, salvo arrabbiarsi. Ad esempio, chiama la terapeuta a qualsiasi ora e anche nel weekend senza accertarsi precedentemente della sua disponibilità, oppure la chiama anche in conseguenza a lievi discussioni o incomprensioni con il marito o con la sua amica. Questo stato, che esordisce nell'attivazione del ciclo deontologico, è lo stesso che si è attivato nella relazione con Andrea e che l'ha portato ad allontanarsi da Alice. Mentre inizialmente, soprattutto in conseguenza agli atti autolesionistici, la terapeuta tendeva ad allarmarsi e a manifestare un'iperdisponibilità poco utile per la paziente e derivante dall'idea di essere l'unico di riferimento sano per lei, ad oggi si mostra sintonizzata e disponibile all'aiuto, ma stabilendo e mantenendo dei confini sani nella relazione con la paziente.</p>
<p><i>Valutazione parziale dell'esito</i></p>	<p>Dall'inizio della terapia Alice ha effettuato dei miglioramenti da vari punti di vista. Innanzi tutto, ha avuto e sta avendo l'esperienza di una relazione sana nella quale può sentirsi protetta e al sicuro, può essere vista e riconosciuta nella sua sofferenza, può chiedere l'aiuto che non poteva chiedere quando era bambina. Rispetto alla prima seduta nella quale Alice si sentiva terrorizzata all'idea di condividere con la terapeuta</p>

	<p>l'identità del suo abusante, ad oggi Alice riconosce parzialmente la gravità di quanto ha subito e si sente in diritto di cercare aiuto e protezione per questo. L'obiettivo di autonomia non è ancora stato raggiunto ma, all'inizio del percorso, Alice non usciva da casa e presentava un ritmo sonno/veglia del tutto disregolato (dormiva dalla mattina fino alla sera e la notte restava sveglia). Ad oggi, Alice dorme in modo più regolare, assume i suoi farmaci, va a fare delle passeggiate durante il giorno, si è iscritta a un corso di ballo e ha effettuato diversi colloqui di lavoro. Di conseguenza, il suo umore risulta ad oggi altalenante piuttosto che tendenzialmente deflesso come prima. Considerando anche il contesto sociale, culturale ed economico di appartenenza, molti sono i limiti a questo percorso terapeutico: ad oggi, contestualmente alla perdita del rapporto con Andrea che rappresentava il principale sostegno economico per Alice, la terapia viene portata avanti in maniera gratuita per non traumatizzare ulteriormente la paziente con una nuova perdita. Diventa sempre più evidente però, nel tempo, come Alice abbia bisogno di una rete di supporto anche da parte dei servizi sanitari dai quali potrebbe ottenere sostegni economici, oltre che un aiuto per il reinserimento lavorativo e sociale. La valutazione parziale dell'esito, rispetto alle condizioni iniziali della paziente, risulta abbastanza positiva anche se la strada da percorrere è ancora lunga. Negli ultimi tempi la paziente ha vissuto un nuovo scompensamento dovuto ad eventi che le hanno confermato lo scenario maggiormente temuto, ossia che all'espressione della sua sofferenza conseguano ostracismo e allontanamento da parte dell'altro. L'assenza di figure realmente protettive per la paziente, a fronte di tutto questo, ha favorito il verificarsi dello scompensamento dal quale neanche la terapeuta aveva probabilmente il potere di proteggerla. I prossimi obiettivi della terapia consisteranno nel favorire lo stato di autonomia per individuarsi dall'ambiente familiare abusante.</p>
--	--

### Bibliografia

- Pugliese, E., Saliani, A. M., Mosca, O., Maricchiolo, F., & Mancini, F. (2023). When the War Is in Your Room: A Cognitive Model of Pathological Affective Dependence (PAD) and Intimate Partner Violence (IPV). *Sustainability*, 15(2), 1624.
- Pugliese, E. (2024). Un'analisi del ruolo della dipendenza affettiva come fattore di rischio per la violenza nelle relazioni intime: profili psicopatologici, scala e intervento. *Cognitivism clinico*. *In press*

Carolina Papa, Psicologa - Psicoterapeuta  
Specializzata in psicoterapia cognitiva – training Perdighe e Procacci  
e-mail: [carolina.papa@menteverdepsicologia.it](mailto:carolina.papa@menteverdepsicologia.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)

## Il caso di Eva: una solitudine popolata di presenze interne ostili

Ramona Fimiani<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Psicoterapia SPC, Roma

<sup>2</sup>Control-Mastery Theory - Italian Group (CMT-IG), Roma

<sup>3</sup>Centro Romano di Psicoterapie Integrate, Roma

### *Riassunto*

Il presente lavoro descrive il caso di Eva, una ragazza di 20 anni di origini brasiliane. Eva giunge in consultazione a seguito di una segnalazione da parte della scuola che lei frequenta per un problema di rifiuto scolastico. Ha alle spalle un percorso accademico complesso contrassegnato da ripetuti fallimenti, non ha relazioni amicali o sentimentali, evita tutte situazioni sociali e trascorre gran parte del suo tempo da sola nella sua stanza. La sua condizione di solitudine è il sintomo di un ambiente familiare trascurante e invalidante, incapace di cogliere i suoi segnali di sofferenza. Eva crede di meritare profondamente la sua condizione, lo stigma e il rifiuto altrui. Il perimetro della sua stanza rappresenta, quindi, una trincea contro un mondo percepito come profondamente ostile e l'ottundimento emotivo come una fuga psicologica da una sofferenza intollerabile. Il trattamento, ancora in corso, ha rappresentato anche l'opportunità per Eva per costruire una relazione intima, emotivamente correttiva delle esperienze dolorose del passato.

*Parole chiave: odio di sé; solitudine; cicli interpersonali; disturbo evitante di personalità.*

### *Summary*

This paper describes the case of Eva, a 20-year-old girl of Brazilian origin. Eva comes to consultation following a referral from the school she attends for a problem of school refusal. She has a complex academic background marked by repeated failures, has no friendship or romantic relationships, avoids all social situations and spends most of her time alone in her room. Her lonely condition is a symptom of a neglectful and invalidating family environment that is incapable of detecting her signs of suffering. Eva believes that she deeply deserves her condition, the stigma and rejection of others. The perimeter of her room represents, therefore, a trench against a world perceived as deeply hostile and emotional numbing as a psychological escape from intolerable suffering. The treatment, which is still ongoing, also represented an opportunity for Eva to build an intimate, emotionally corrective relationship to the painful experiences of the past.

*Key-words: Self-hatred; loneliness; interpersonal cycles; avoidant personality disorder.*



### **Descrizione dei problemi**

Eva è una ragazza di 20 anni di origini brasiliane. Giunge in consultazione accompagnata dai suoi genitori presso il Centro di Salute Mentale a seguito di una segnalazione da parte della scuola.

Durante il colloquio appare spaventata, il capo chino, lo sguardo, rivolto verso il basso a scrutare il pavimento, è fisso e non rivela alcuna espressione, la mascherina le copre quasi tutto il volto e i suoi lunghi capelli neri le coprono le membra ancora visibili. Le mani sono strette in una morsa, la postura è rigida, sembra voglia occupare meno spazio possibile e i movimenti sono così lenti da sembrare meccanici. Non proferisce alcuna parola, se ne sta immobile in una penosa attesa. Quando interpellata risponde con un filo di voce appena udibile, due tre parole e null'altro.

Eva vive in un quartiere popolare di Roma con sua madre e suo padre, separati in casa da quando lei aveva 15 anni. Ha una sorellastra, nata da una precedente relazione del padre, con la quale ha un rapporto piuttosto conflittuale e che frequenta solo in rare occasioni.

Al momento della consultazione, Eva frequenta il quarto anno di un istituto superiore ma eccetto il primo giorno di scuola, durante il quale ha sperimentato i sintomi di un attacco di panico, non si è mai recata a scuola. Quando la didattica si è svolta integralmente da remoto, Eva non è mai riuscita a collegarsi, perché terrorizzata dalla possibilità di subire umiliazioni da parte dei compagni e dei professori.

Anche lo studio a casa è vissuto con grande difficoltà: Eva tipicamente sperimenta ansia anticipatoria prima di sedersi alla scrivania, tristezza e rabbia verso sé stessa quando incontra una difficoltà, non comprende immediatamente qualche argomento o si sente affaticata, che esitano nell'evitamento del compito e nella tendenza a impegnarsi in qualche attività distraente. L'apprendimento, basato esclusivamente sull'esercizio della memoria, risulta frequentemente inficiato dall'ansia sperimentata al momento delle verifiche. Questo genera in Eva molta frustrazione anche per la sua incapacità di dimostrare che un apprendimento sia avvenuto.

Al di là delle problematiche che riguardano la scuola, dal colloquio emerge il ritratto di una ragazza socialmente isolata. Oltre alla madre e al padre, Eva non riferisce alcun rapporto caratterizzato da una qualche forma di intimità e vicinanza né nel passato né nel presente. Eva trascorre molte ore da sola nella sua stanza; solo di tanto in tanto scambia qualche messaggio con una ragazza che frequenta la sua stessa classe. Non ha mai avuto rapporti sentimentali né sembra avere un interesse per la sessualità in generale.

Qualsiasi situazione sociale è vissuta come problematica, come chiedere a qualcuno di lasciarla passare se è in metro o sull'autobus, pagare alla cassa dei supermercati, chiedere informazioni in un negozio o a un passante, iniziare una conversazione, parlare al telefono con persone familiari,

esprimere un'opinione o una preferenza anche con persone familiari, presentarsi ad altre persone, parlare in pubblico di fronte alla classe, camminare o correre in luoghi pubblici. Tutte queste situazioni sono vissute con intensa ansia in quanto Eva teme di non riuscire a formulare una frase dotata di senso, di bloccarsi, di balbettare, di parlare con un volume di voce così basso da essere costretta a ripetere la frase, di inciampare o cadere, di mostrare i segni della propria ansia e vergogna, tutti scenari che la espongono al possibile rifiuto e derisione da parte dell'altro.

Il timore di essere ridicolizzata e umiliata è così pervasivo che Eva evita lo sguardo delle persone che la circondano, mostrando un'incapacità a mantenere il contatto oculare, e indossa delle cuffie con le quali ascolta musica che la isola ermeticamente dal mondo esterno. Nel primo caso, Eva si protegge dall'eventualità di scorgere il disprezzo negli occhi di chi la osserva; nel secondo caso, di udire le risate delle persone intorno a lei che la prendono in giro e la ridicolizzano.

Tutte le situazioni sociali, essendo fortemente temute, sono attivamente evitate, causando una grave compromissione del funzionamento in ambito sociale e scolastico. Al momento della consultazione, Eva esce di casa solo se accompagnata da uno dei genitori, solitamente il padre.

Le numerose ore trascorse dentro casa in solitudine, la sensazione di non riuscire a conseguire nessun obiettivo esistenziale, di essere un fallimento e una delusione agli occhi dei suoi genitori e di essere un "inutile peso" per loro, unitamente alla sensazione di inaiutabilità e alla perdita di speranza sono all'origine di una depressione secondaria.

Eva si sente anergica e demotivata, niente sembra darle piacere, trascorre molte ore davanti alla tv a guardare serie true crime, si consola mangiando cibo spazzatura. Queste soluzioni finiscono per accrescere sempre più il disprezzo che nutre verso sé stessa, i sentimenti di colpa verso i genitori e il bisogno di sottrarsi agli sguardi altrui e di coltivare distanze sempre più profonde dal mondo esterno. Eva presenta difficoltà nella regolazione del comportamento alimentare, oscillando tra episodi di abbuffate e il digiuno concepito come una soluzione compensatoria alle abbuffate, disturbi del sonno con difficoltà di addormentamento e somatizzazioni, che si presentano nella forma di frequenti emicranie ogni volta che si espone a situazioni emotivamente attivanti. Infine, per difendersi da stati emotivi difficili da regolare, Eva sembra anestetizzarsi, manifestando sintomi dissociativi riferibili all'ottundimento emotivo. Eva riferisce di non sentire e provare nulla, nessuna emozione o sensazione, anche se avverte in sottofondo una sensazione di inquietudine connessa al non essere in contatto con il proprio corpo e al non essere capace di attribuire un significato all'esperienza che sta vivendo. Eva può permanere in questo stato per giorni.

## Diagnosi

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013), la paziente soddisfa i criteri diagnostici del Disturbo evitante di personalità (F60.6) e del Disturbo depressivo maggiore (F33.1).

## Profilo Interno

Nelle interazioni sociali Eva desidera sentirsi accolta e degna di stima, interesse, protezione e cura ma teme fortemente l'umiliazione, il rifiuto, la noncuranza e lo stigma. Eva, infatti, legge le situazioni sociali alla luce delle credenze disadattive che ha su sé stessa e sugli altri.

Crede, infatti, di essere debole, inferiore, inadeguata e fundamentalmente priva di valore. Eva, infatti, sente di non meritare l'amore e la stima delle persone, di essere radicalmente indegna di far parte del consorzio umano e che la sua esistenza costituisce solo un inutile peso per le persone che le stanno intorno. Eva non riesce a individuare nessun aspetto positivo di sé; l'immagine di sé è un'immagine carica di odio e disprezzo. Al contempo, Eva percepisce gli altri come persone che si fanno beffe di lei, umiliano, ridicolizzano, trascurano e, infine, abbandonano.

In tutte le situazioni sociali, Eva, dunque, teme di essere umiliata ed esclusa a causa della propria inadeguatezza e delle manifestazioni dell'ansia e della vergogna che tali situazioni le suscitano. Ritenendo che ciò che è sia intrinsecamente sbagliato e meritevole di rifiuto ed esclusione, Eva iperinveste sullo scopo della buona immagine, che si declina soprattutto in termini di antiscopi: 1) evitare di mostrarsi inadeguata ed 2) evitare di mostrare i sintomi della propria ansia e vergogna, soprattutto l'aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, il tremore e il pianto. Eva, infatti, non teme solo di essere giudicata negativamente per la prestazione o interazione sociale in sé, ma anche per il fatto di mostrare i sintomi della propria emotività. Eva assume che l'espressione della propria ansia e vergogna sia giudicata dagli altri come indice del suo essere inadeguata, debole e infantile e che a seguito di questo giudizio negativo seguiranno atteggiamenti umilianti ed escludenti. La metaverghogna sperimentata da Eva rende l'esperienza della vergogna più intensa, frequente e inaccettabile e rafforza le credenze negative che ha su di sé.

A	B	C
C'è qualcuno che ostacola il passaggio nel corridoio dell'autobus e io devo scendere	Adesso gli devo chiedere di lasciarmi passare. E se dicessi "permesso" e non lo sentisse a causa del mio tono di voce basso? Dovrei ripeterlo di nuovo	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ansia</li> <li>▪ Vergogna</li> <li>- Tachicardia</li> </ul>

	e sembrerei stupida e inadeguata agli occhi di tutti i presenti.  Chi ripete le cose più volte? Sicuramente rideranno di me.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiro affannato</li> <li>- Tremore</li> </ul>
--	--	--

C = A'	B'	C'
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ansia</li> <li>▪ Vergogna</li> <li>- Tachicardia</li> <li>- Respiro affannato</li> <li>- Tremore</li> </ul>	<p>Tutti si stanno accorgendo che sto male e penseranno che io sia ridicola, debole e infantile.</p> <p>Sicuramente mi prenderanno in giro e rideranno di me.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Metavergogna: tutte le sensazioni peggiorano.</li> <li>▪ Torno a sedermi, decido di arrivare al capolinea e ripercorrere il tragitto al contrario fino alla fermata a cui devo scendere.</li> <li>▪ Ascolto musica e osservo il paesaggio dal finestrino senza mai guardarmi intorno.</li> </ul>

C' = A''	B''	C''
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Metavergogna: tutte le sensazioni peggiorano</li> <li>▪ Torno a sedermi, decido di arrivare al capolinea e ripercorrere il tragitto al contrario fino alla fermata a cui devo scendere.</li> <li>▪ Ascolto musica e osservo il paesaggio dal finestrino senza mai guardarmi intorno.</li> </ul>	<p>Adesso arriverò in ritardo all'appuntamento con la Dott.ssa.</p> <p>Sono proprio inadatta alla vita, inadeguata e senza speranza.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rabbia autodiretta</li> <li>▪ Tristezza</li> <li>- Sentimenti di solitudine e inaiutabilità</li> <li>- Pianto</li> </ul>

Essendo le aspettative relazionali connotate in senso fortemente negativo, per ridurre al minimo la possibilità che si verifichi la catastrofe temuta, Eva ricorre a diverse strategie comportamentali, quali l'evitamento e l'adozione di comportamenti protettivi. Nelle situazioni sociali, Eva cerca di passare inosservata ed evitare di attirare l'attenzione su di sé: indossa vestiti ampi che non consentono di intravedere le forme del suo corpo, evita il contatto oculare, utilizza lo smartphone e

le cuffie per evitare l'ingaggio sociale, in classe siede in prima fila per poter guardare solo davanti a sé, usa i lunghi capelli neri come confine tra sé e il mondo esterno. Se l'interazione sociale non è in alcun modo evitabile, perché ha necessità di chiedere informazioni, le viene richiesto di affrontare una interrogazione o perché qualcuno si avvicina per iniziare una conversazione, Eva solitamente (1) ripete tra sé e sé le frasi prima di parlare, (2) memorizza le frasi da dire, (3) parla solo per breve tempo, rispondendo in modo lapidario alle domande, (4) si limita ad annuire, restando in silenzio, (5) evita di parlare di sé, spostando la conversazione su temi impersonali percepiti come più sicuri, (6) focalizza l'attenzione su di sé, monitorando e cercando di controllare le proprie reazioni comportamentali, fisiche ed emotive.

A	B	C
Immagino di entrare in classe	<p>Adesso saranno già tutti seduti e appena entrerò avrò gli occhi puntati su di me. Dovrò dire buongiorno ma balbeterò e tutti rideranno della mia inadeguatezza.</p> <p>Non ci sarà un posto libero per me, non saprò dove sedermi e vagherò come un'inetta per l'aula in cerca di un posto che nessuno mi ha lasciato.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ansia</li> <li>▪ Vergogna</li> <li>- Tachicardia</li> <li>- Respiro affannato</li> <li>- Tremore</li> <li>- Pianto</li> <li>- Desiderio di scappare</li> </ul>

A	B	C
Entro in classe mentre sono agitata, tremo e piango	<p>Tutti si stanno accorgendo che sto piangendo e che sto male.</p> <p>Penseranno che sono una persona infantile e debole.</p> <p>Sicuramente si staranno scambiando degli sguardi e staranno ridendo di me.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Metavergogna: tutte le sensazioni peggiorano.</li> <li>- Desiderio di scappare</li> <li>- Mi copro il volto con i capelli per nascondere le lacrime.</li> <li>- Non saluto mentre entro.</li> <li>- Raggiungo il posto senza guardare nessuno.</li> </ul>

Tutti questi comportamenti adottati per proteggersi dalla minaccia temuta, però, esitano molto spesso nella compromissione della performance o nel fallimento dell'interazione sociale. Tali condotte, infatti, portano effettivamente l'altro a percepire Eva come una persona distante e in difficoltà. Questo implica, se non la tanto temuta critica o derisione, atteggiamenti meno amichevoli da parte degli altri, confermando in Eva l'idea di essere inadeguata. Infatti, tali condotte protettive, innescano cicli interpersonali disfunzionali, che rafforzano le aspettative catastrofiche di Eva rispetto alle situazioni sociali, confermando i suoi timori e rafforzando la tendenza all'evitamento.

A	B	C
Una compagna di classe, invitata dall'insegnante a sedersi accanto a me, risponde con tono lamentoso: "ma perché devo stare vicino a lei, è una persona inesistente!!"	Nessuno desidera starmi accanto, se non ci fossi in questa classe sarebbero tutti più contenti, io sono l'unico elemento di disturbo, sono solo un problema per tutti.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vergogna</li> <li>▪ Tristezza</li> <li>- Pianto</li> <li>- Desiderio di scappare</li> <li>- Resto in silenzio</li> </ul>

Eva si vede isolata, lontana ed esclusa da un mondo che le sembra inaccessibile a causa di una sua difettosità di base, di una natura intrinsecamente inadeguata e senza speranza e ciò favorisce l'umore depresso.

A	B	C
Sento i compagni di classe sostenere e incoraggiare una compagna di classe in ansia prima di un'interrogazione	Questo non sarà mai vero per me. Io sono fatta di un'altra sostanza. Io merito solo il rifiuto e il disprezzo altrui.	Tristezza

Eva non solo tende a ignorare le informazioni sociali di sicurezza, ma, come nell'esempio appena visto, anche quando sono correttamente processate, non favoriscono una revisione delle aspettative relazionali e delle credenze disadattive che ha su di sé e sugli altri. Anche le esperienze vissute nella relazione terapeutica sono spesso interpretate come "eccezioni" che non scalfiscono le sue dolorose verità. Inoltre, questa tendenza a ricercare solo le conferme delle sue credenze dolorose e a ignorare o a reinterpretare alla luce delle stesse le prove che le disconfermano, fa sì che anche situazioni ambigue siano interpretate negativamente. Ad esempio, se si ritrova in presenza di alcune persone che ridono, Eva pensa immediatamente che stiano ridendo di lei. Analogamente,

queste interpretazioni negative sono presenti anche quando si verificano eventi positivi. Ad esempio, se l'insegnante, nonostante le difficoltà sperimentate durante l'interrogazione, le mette un buon voto, Eva pensa che lo abbia fatto perché le suscita pena e non perché abbia dimostrato che l'apprendimento sia avvenuto. Queste valutazioni negative finiscono per alimentare il senso di inadeguatezza, l'ansia e i sintomi depressivi e rafforzano la tendenza all'evitamento.

La sofferenza di Eva non si limita al momento in cui è impegnata in un'interazione o in una prestazione sociale, ma è pervasiva e fortemente invalidante. Nel periodo che precede l'esposizione a una situazione sociale temuta, Eva sperimenta uno stato di ansia connessa all'anticipazione di una serie di scenari catastrofici o alla rievocazione di precedenti esperienze fallimentari. Immagina atteggiamenti e sensazioni che potrà avere e che la potrebbero condurre al rifiuto e all'esclusione, la sua incapacità di soddisfare gli standard attesi rispetto alle prestazioni sociali, le umiliazioni e le critiche a cui andrà incontro. La conclusione di tale flusso di pensiero è generalmente un'immagine di isolamento e rifiuto sociale. Tutto ciò alimenta l'ansia e la minaccia percepita e l'impulso a evitare la situazione. Per esempio, nel momento in cui Eva si prepara ad affrontare un'interrogazione, le passa per la mente un'immagine tipica. In questa immagine, lei è seduta su una sedia di fronte ad altre persone. Lei è molto più piccola di loro. Le loro dimensioni sono così grandi da non entrare nella scena. Eva può chiaramente vedere il loro corpo solo dalla vita in giù. Inoltre, ha delle luci puntate contro come in un interrogatorio. Tutto il resto dell'ambiente le appare cupo. È terrorizzata e vorrebbe sottrarsi alla situazione ma non può.

Nella fase successiva all'esposizione a una situazione sociale temuta, Eva tende a ripercorrere mentalmente l'evento, mettendo in risalto i segnali di critica ed esclusione da parte degli altri e i suoi atteggiamenti, comportamenti e reazioni fisiche ed emotive che potrebbero essere state giudicate negativamente. Ad esempio, Eva nel ripercorrere mentalmente l'interrogazione sostenuta, si focalizza esclusivamente sui momenti in cui ha manifestato segni di agitazione, tremore, difficoltà a rievocare le informazioni, incertezza nell'eloquio e balbuzie, tutte situazioni che secondo lei sono state oggetto di una valutazione negativa da parte degli altri. I momenti in cui ha risposto efficacemente alle domande, invece, non sono presi in considerazione nel favorire una ricostruzione più accurata e positiva dell'evento. L'esperienza di vergogna, quindi, è rivissuta più e più volte, rafforzando le credenze disadattive su di sé, l'odio e il disprezzo verso se stessa e i sintomi depressivi. Le esposizioni e le ruminazioni che ne conseguono generano un tale livello di stress che solitamente Eva sviluppa forti emicranie che la costringono a letto per il resto della giornata.

## **Fattori di mantenimento**

### *1. Disfunzioni metacognitive*

**Scarse capacità di monitoraggio metacognitivo:** Eva manifesta significative difficoltà a identificare le proprie emozioni e dare loro un nome. Inoltre, Eva presenta difficoltà nel riconoscere e identificare pensieri, credenze, immagini e ricordi e nel metterli in relazione con l'esperienza emotiva e gli esiti comportamentali.

**Scarsa capacità di comprensione della mente degli altri e di decentramento:** Eva presenta una significativa difficoltà a inferire pensieri, emozioni, motivazioni e desideri degli altri dal loro comportamento e dal loro linguaggio. Gli altri sono rappresentati nella sua mente come un tutt'uno indistinto, non come persone dotate di qualità e caratteristiche peculiari con specifiche visioni del mondo, gusti, preferenze e desideri. Gli altri sono percepiti unicamente in relazione alla loro capacità di infliggere umiliazione e rifiuto. Questa difficoltà a distinguere tra il proprio funzionamento mentale e quello altrui, porta Eva a riferire a sé stessa i comportamenti degli altri o ad attribuire loro gli stessi pensieri critici che lei ha in relazione a sé stessa.

### *2. Strategie di coping disfunzionali*

**Evitamento:** Di fronte alla minaccia o alla sua anticipazione, Eva ricorre all'evitamento delle situazioni temute. Sebbene l'evitamento comporti un beneficio a breve termine in quanto ha l'effetto di ridurre l'ansia, esso contribuisce a mantenere e a esacerbare il disturbo in quanto impedisce di vivere esperienze potenzialmente correttive delle credenze patogene che Eva ha su di sé e sugli altri. L'evitamento, inoltre, rende più improbabile l'acquisizione di competenze sociali e lo sviluppo di risorse interne di fronteggiamento delle situazioni potenzialmente attivanti. Infine, questa strategia comporta rinunce costose in termini di isolamento, povertà della rete sociale, realizzazione scolastica che alimenta il disturbo depressivo secondario e rafforza i vissuti di inadeguatezza, inferiorità, debolezza e solitudine/esclusione sociale.

**Comportamenti protettivi:** sebbene diano a Eva l'impressione di avere maggiore controllo nel prevenire la catastrofe temuta, finiscono per aggravare il quadro sintomatologico. Per esempio, memorizzare esattamente le frasi da riferire nel confronto con una persona alla quale Eva deve chiedere un'informazione non le consente di verificare empiricamente la fondatezza delle sue convinzioni riguardo alla propria incapacità di impostare un discorso sul momento, cosicché l'eventuale successo viene attribuito alla strategia utilizzata piuttosto che alle sue reali capacità. Inoltre, tali comportamenti più spesso hanno l'effetto di far apparire Eva impacciata, distante e strana e ciò effettivamente può scoraggiare gli altri ad avvicinarsi o ad adottare comportamenti



amichevoli nei suoi confronti, innescando cicli interpersonali disfunzionali che rafforzano i timori e le credenze disadattive di Eva.

### *3. Rimuginio e ruminazione*

Eva presenta una forte tendenza al pensiero ripetitivo, sia in termini di ruminazione che rimuginio. Il rimuginio è attivato dall'anticipazione dell'esposizione a una situazione sociale e ha lo scopo di prepararla ad affrontare la situazione. Tuttavia, i processi cognitivi sono focalizzati selettivamente sui possibili aspetti minacciosi della situazione, preparando Eva a fare attenzione e a dare importanza a tutti i segnali negativi e a escludere quelli neutri o positivi, confermando le sue peggiori aspettative. Questo processo, dunque, intensifica l'ansia e l'impulso a evitare. La ruminazione, che mette in atto in risposta agli stati emotivi depressivi attivati dalla compromissione dei suoi scopi esistenziali, porta Eva a consolidare le credenze disadattive su di sé e ad alimentare l'umore depresso, la demotivazione e la mancanza di speranza.

### *4. Autocritica*

Eva presenta una forte tendenza all'autocritica. Una voce interna critica e sprezzante sembra accompagnare ogni suo gesto, impulso, desiderio, moto spontaneo, determinando una considerevole compromissione del senso di agency. Eva tende a porsi rigidi standard di condotta, tentando di conformarsi a un'ideale di persona "normale" del tutto irrealistico: una persona "normale" non commette errori, non ha esitazioni, raggiunge sempre i suoi obiettivi, non ha difficoltà emotive e non mostra segni di fragilità. L'autocritica alimenta sentimenti di inadeguatezza e un peggioramento dell'umore. Inoltre, attiva ruminazione e rimuginio, determina una minore capacità di trarre soddisfazione dalle proprie prestazioni e un aumento dell'ansia e della paura di fallire.

### *5. Bias cognitivi*

**Attenzione selettiva** contribuisce al mantenimento del disturbo in quando la restrizione del focus attentivo su di sé fa sì che Eva non prenda in considerazione quelle informazioni, provenienti soprattutto dall'esterno, che potrebbero disconfermare le sue credenze disfunzionali.

**Pensiero dicotomico:** Eva tende a interpretare gli eventi in una modalità bianco o nero. Questa modalità di pensiero la porta costantemente a minimizzare e sottovalutare gli aspetti positivi di sé e i traguardi raggiunti e a mantenere una rappresentazione di sé come persona inadeguata e priva di valore.

**Problema secondario:** la valutazione critica delle emozioni, in particolare della vergogna, ne aumenta l'intensità, la frequenza e l'inaccettabilità, in quanto considerata causa della

compromissione dello scopo iperinvestito della buona immagine. La metaverogna ha l'effetto di aumentare l'investimento sulla prevenzione della vergogna e di tutti i suoi segnali.

#### *6. Cicli interpersonali*

**Ciclo di estraneità/distacco:** la tendenza di Eva a rappresentarsi e a comportarsi come se fosse estranea al contesto sociale, sedendo sola e in disparte, assumendo una postura ripiegata su sé stessa ed evitando il contatto oculare e le possibilità di ingaggio sociale, portano gli altri a percepire un'indisponibilità di Eva all'interazione e a comportarsi come se non fosse presente. Eva, d'altra parte, interpreta questa distanza come conferma della sua diversità ed estraneità, aumentando la sua tendenza all'evitamento.

**Ciclo dell'inadeguatezza/rifiuto:** la grave carenza di abilità sociali e la tendenza a evitare qualsiasi forma di interazione sociale per timore del rifiuto e dell'esclusione a causa della propria inadeguatezza (per esempio, salutare e ringraziare qualcuno), portano Eva a essere percepita dall'altro come poco cortese, se non maleducata, non interessata o indisponibile alla relazione. Ciò può favorire comportamenti meno amichevoli nei suoi confronti o addirittura ostili che sono interpretati da Eva come conferma della credenza di essere inadeguata e meritevole di rifiuto.

#### **Scompenso**

La richiesta di iniziare un percorso psicologico non arriva da Eva, nemmeno dai genitori che sembrano non accorgersi o minimizzare le sue difficoltà, ma a partire da una segnalazione della scuola che Eva frequenta. Nel 2020, a seguito dell'attuazione delle misure di contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 che ha costretto la popolazione italiana a un lungo periodo di lockdown e gli studenti a partecipare alle attività didattiche da remoto, Eva non è riuscita a mantenere una regolare frequenza scolastica, collegandosi in modo discontinuo e occasionale. Nonostante questo, è stata promossa come tanti altri studenti in quel difficile anno pandemico.

Alla riapertura delle scuole, dopo un prolungato periodo di isolamento, Eva fa ritorno a scuola accompagnata dal padre. Nel rievocare quei momenti, Eva riferisce di essersi sentita molto spaventata all'idea di incontrare professori e compagni di classe e di temere, in particolare, di essere criticata dai compagni per il fatto di essere stata ingiustamente promossa l'anno precedente senza in realtà meritarlo. Immagina reazioni risentite ed ostili da parte dei compagni e immagina sé stessa sola contro tutti e inerme di fronte alle umiliazioni. Man mano che si avvicinava alla scuola, Eva riferisce che l'ansia e la vergogna sono diventate sempre più intense così come le loro manifestazioni fisiologiche (tachicardia, respiro affannato, tremore, pianto) e l'impulso a evitare la situazione temuta. Una volta entrata in classe, il timore che i compagni si accorgessero delle sue

difficoltà e che proprio per questo la umiliassero e ridicolizzassero, ha prodotto, quindi, un intensificarsi delle emozioni e delle reazioni fisiologiche precedentemente descritte fino a esplodere in un vero e proprio attacco di panico che ha costretto Eva ad allontanarsi dalla classe e a far ritorno a casa. Da quel giorno, Eva non ha più fatto ritorno in classe né è riuscita a collegarsi da remoto quando, successivamente, è stata reintrodotta la DAD. Il timore del riverificarsi di un evento simile, cioè di sentirsi inadeguata e vulnerabile alla mercè di un mondo ostile era diventato per Eva inaccettabile. È probabile che abbiano concorso due fattori a determinare lo scompenso: da un lato gli effetti del prolungato isolamento e dall'altro la scoperta che il padre intrattenesse una relazione sentimentale con un'altra donna. Per quanto riguarda il primo fattore, l'assenza di scambi con persone reali potrebbe aver determinato un inasprimento delle credenze disadattive relative agli altri e alla pericolosità/ostilità del mondo esterno, favorendo un irrigidimento dei confini tra un dentro che crea un falso senso di sicurezza e un fuori minaccioso e ostile. Inoltre, l'esposizione prolungata a genitori trascuranti e critici rispetto alle sue difficoltà, potrebbe aver rafforzato le credenze disadattive che Eva ha su di sé, alimentando il senso di indegnità, di inadeguatezza e debolezza. Infine, la scoperta della relazione sentimentale del padre, percepito come l'unica figura capace di fornirle una qualche forma di presenza e di cura, potrebbe aver attivato in Eva i timori di perdita e di abbandono e aver accresciuto la sensazione di essere davvero sola, senza protezione, inerme e priva di risorse interne al cospetto di un mondo ostile e minaccioso.

### **Vulnerabilità**

Eva arriva in Italia all'età di quattro anni. Precedentemente, cresce in Brasile con i suoi genitori fino a quando, intorno a un anno e mezzo di età, viene lasciata in affidamento alla nonna materna, poiché i genitori decidono di partire per l'Italia in cerca di lavoro e di prospettive migliori. In quegli anni Eva ha un rapporto sporadico con i suoi genitori, esclusivamente di natura telefonica. All'età di quattro anni la madre fa ritorno in Brasile per portarla con sé in Italia. Resta lì un mese per familiarizzare con lei, considerando che Eva non conservava alcun ricordo della madre. Poi, un giorno, sua madre le dice che sarebbero uscite per una passeggiata ma in realtà la conduce con l'inganno in aeroporto per far ritorno in Italia. Eva conserva un solo ricordo di quel mese trascorso con la madre in Brasile, l'immagine della nonna che in lacrime insegue il taxi che le avrebbe condotte in aeroporto. Una volta giunta in Italia, Eva per molto tempo non volle avere alcun contatto con la nonna. All'età di quattro anni, aveva vissuto la seconda separazione traumatica della sua vita.

Giunta in Italia, Eva si ritrova catapultata improvvisamente in un ambiente estraneo, tra persone estranee che parlavano una lingua a lei sconosciuta, lontana da tutto ciò che aveva un sapore familiare e sicuro e lontana dalla sua figura di attaccamento. Durante il colloquio, la madre riferisce di aver visto un progressivo cambiamento in lei: da bambina allegra ed esuberante, Eva diventa una bambina sempre più chiusa, inibita e isolata.

Eva è cresciuta con genitori scarsamente consapevoli delle responsabilità del loro ruolo genitoriale. Sia la madre che il padre sono descritti come persone anaffettive e trascuranti, incapaci di prendersi cura di lei e di sostenerla nell'affrontare le difficoltà che Eva ha iniziando a manifestare a partire dal suo ingresso in Italia. Sua madre è descritta come una donna molto presa da sé stessa, poco presente e molto critica nei confronti di Eva. Sua madre non tollera le difficoltà di Eva, reputandole infantili. Per questo motivo si arrabbia, ad esempio, se Eva richiede la sua vicinanza per affrontare situazioni nuove e solitamente le nega il supporto. L'inibizione di Eva le crea disagio perché da lei considerato sintomo di inadeguatezza ed Eva percepisce che la madre si vergogna di lei perché incapace di essere all'altezza delle sue aspettative. Secondo la madre, Eva dovrebbe essere come la cugina, esuberante, estroversa e brava a scuola. Agli occhi della madre, Eva si rappresenta come una delusione e un inutile peso.

Il padre è descritto come una persona fragile e più benevola rispetto alla madre. Eva, infatti, conserva più ricordi di situazioni in cui suo padre cucina per lei, guardano insieme la tv oppure escono insieme. Tuttavia, Eva ha sempre sentito che sua madre fosse più importante di lei nella vita di suo padre. Anche il rapporto con il padre è vissuto da Eva come un rapporto caratterizzato da assenza di intimità e reale interesse per le sue difficoltà. Inoltre, a seguito della separazione dalla madre, suo padre ha iniziato a fare uso di alcol e a tornare a casa ubriaco. L'immagine del padre ubriaco è un'immagine spaventante per Eva, poiché rende evidente la totale assenza di riferimenti e di una qualche forma di guida nella sua vita. Anzi, quella situazione costringeva Eva a prendersi cura di un padre incapace di prendersi cura di sé stesso e di lei.

Eva, dunque, si è ritrovata sola e impreparata nell'affrontare le sfide che l'ingresso a scuola, il confronto con i pari, le prestazioni scolastiche e l'apprendimento di nuove regole comportano. Tali difficoltà sono diventate più evidenti quando Eva compie il passaggio dalle scuole elementari alle scuole medie, periodo durante il quale mostra segni evidenti di rifiuto scolastico. Eva ha alle spalle una serie di fallimenti scolastici. Ha subito due bocciature, la prima alle medie e la seconda durante gli anni delle superiori. Anche quando è riuscita a superare l'anno scolastico, però, ha sempre fatto fatica a mantenere una frequenza regolare e ha vissuto con grande ansia le verifiche e il confronto con professori e compagni di classe. In una fase avanzata della terapia, riporta diversi episodi di

bullismo vissuti durante gli anni delle medie ad opera di alcuni compagni di classe che si prendevano gioco di lei per il suo essere inibita e timida, a seguito dei quali i genitori non hanno intrapreso nessuna azione protettiva. Tutti questi eventi sembrano aver sensibilizzato Eva all'esperienza della perdita e dell'abbandono da una parte e all'esperienza dell'umiliazione e del rifiuto dall'altra e gettano luce sull'origine del senso di estraneità e distacco vissuto da Eva, legato a esperienze precoci di alienazione e isolamento.

Eva attualmente vive solo con la madre. Il padre, infatti, si è trasferito in un'altra casa con la sua attuale compagna. Il trasferimento del padre è avvenuto senza alcuna preparazione: Eva riferisce che un giorno il padre le ha comunicato che si sarebbe trasferito di lì a poco. Come in passato, quando il padre nel separarsi dalla precedente compagna ha abdicato anche al suo ruolo genitoriale, così adesso, a seguito del trasferimento, il padre ha ridotto drasticamente i contatti con Eva. Il loro rapporto attualmente si esaurisce in una telefonata giornaliera di qualche minuto di carattere per lo più formale. Eva è arrabbiata ma non si sente legittimata a esprimere la sua rabbia. Una parte di sé sente di meritarlo, perché giudica sé stessa un peso per le persone intorno a lei e perché ritiene di non essere in grado di lasciare agli altri nulla di buono. In Eva questo evento rinnova i sentimenti di perdita e di abbandono, rafforza la sensazione di indegnità, la sfiducia nell'altro vissuto come inaffidabile e abbandonico e la sensazione di essere davvero sola al mondo.

### **Trattamento psicoterapeutico**

#### *Contratto e scopi del trattamento*

Eva arriva in terapia a seguito di una segnalazione da parte della scuola. Inizialmente, non porta alcuna richiesta, sembra subire passivamente le richieste altrui e non sembra avere alcuna aspettativa riguardo al percorso. Una volta terminata la fase di valutazione ho condiviso con Eva quanto emerso e abbiamo concordato una serie di obiettivi per il nostro lavoro. Innanzitutto, ridurre i sintomi depressivi e ansiosi, uscire di casa e affrontare le situazioni sociali con un maggior senso di sicurezza, concludere il percorso scolastico, costruire delle relazioni amicali, migliorando le sue abilità sociali e le sue capacità di comunicazione assertiva.

#### *Obiettivi strategici – razionale – tecniche*

##### *1. Costruzione dell'alleanza terapeutica e ingaggio nel trattamento*

Considerando la pervasiva sfiducia mostrata da Eva nelle relazioni interpersonali, si è ritenuto prioritario costruire un contesto sicuro che rendesse possibile lo svolgimento del lavoro terapeutico.

Per rendere possibile il raggiungimento di questo obiettivo strategico, ho offerto alla paziente uno stile relazionale che si adattasse alle sue esigenze e ai suoi bisogni specifici.

Sin dai primi incontri, mi sono presto resa conto di quanto Eva avesse bisogno di una relazione reale emotivamente correttiva. Nella sua storia non c'era alcuna traccia di rapporti significativi oltre a quelli con la madre e il padre. Eva aveva bisogno di sperimentare una relazione con qualcuno autenticamente interessato a lei, curioso verso il suo mondo interno e la sua persona, capace di fornirle comprensione e sostegno nei momenti di difficoltà e capace di valorizzare le sue risorse, i suoi sforzi verso l'autonomia e i suoi progressi. Aveva bisogno di una relazione in cui ci fosse gioco e divertimento, una relazione in cui l'altro si mostrasse a suo agio con le proprie imperfezioni e che sapesse riconoscere e riparare ai propri errori senza sentirsi umiliato o svilito da essi. Inoltre, aveva bisogno anche che l'altro restasse stabile, mostrandole che non sarebbe cambiato il suo affetto e la sua stima a prescindere da come Eva si percepisse e si presentasse.

Ho cercato di fornirle tutto questo sin dai primi incontri, assumendo un atteggiamento caldo, accogliente, curioso, valorizzante, di sostegno e per nulla condizionato da esigenze di autopresentazione o dal ruolo. E ho tollerato per molto tempo, non senza sforzi, i lunghi silenzi, la diffidenza, il distacco, l'impenetrabilità e l'inaccessibilità di Eva, grazie alla salda consapevolezza che, considerando la sua storia, aveva bisogno di tempo e che io superassi innumerevoli prove prima di potersi fidare di me. Comprensibilmente, Eva non era disposta ad aprirsi se non fosse stata certa che nel farlo non si sarebbe riesposta a un'altra esperienza potenzialmente ri-traumatizzante. Questa fase è durata per circa nove mesi, durante i quali Eva si mostrava poco elaborativa in seduta, selezionava rigidamente le informazioni da condividere con me, proteggeva i suoi segreti familiari, mi teneva all'oscuro della sua storia.

### *2. Potenziamento delle abilità di monitoraggio metacognitivo*

Considerando le scarse capacità di monitoraggio metacognitivo, è stato necessario migliorare la capacità di distinguere e riconoscere gli stati interni (pensieri, emozioni, reazioni fisiologiche) e migliorare la consapevolezza della relazione tra eventi, pensieri, emozioni e comportamenti. Per raggiungere questo obiettivo strategico, è stato condotto un monitoraggio delle emozioni sperimentante durante la seduta e tra una seduta e l'altra seguendo il modello ABC e abbiamo lavorato sul riconoscimento delle diverse componenti delle emozioni e sulle loro funzioni adattive. In questo modo, Eva ha iniziato a comprendere che le emozioni sperimentate dipendono da come valuta e si rappresenta gli eventi e ha iniziato a sviluppare una consapevolezza del suo schema interpersonale maladattivo (rappresentazione di sé – rappresentazione dell'altro).

### *3. Favorire la messa in discussione delle credenze patogene*

Uno spazio importante è stato dedicato all'identificazione e alla modifica dei pensieri, delle valutazioni e delle credenze che sostengono la sua sofferenza psicologica, favorendo una maggiore disponibilità a considerare e ad aprirsi a una prospettiva differente. Innanzitutto, si è cercato di favorire l'acquisizione di maggiori capacità di differenziazione metacognitiva, aiutando Eva ad assumere una distanza critica dalle proprie convinzioni, a concepire le proprie idee come ipotesi e non come verità assolute, a considerare il fatto che esse siano apprese piuttosto che essere innate, che tendono a conservarsi in virtù di alcuni processi di mantenimento e che possono essere valutate e riviste. Sono state esaminate e condivise le origini infantili delle sue credenze patogene, il loro mantenimento nel corso degli anni e la loro influenza sulle sue attuali difficoltà. In aggiunta, ho aiutato la paziente a specificare e rinforzare credenze più realistiche e adattive su sé stessa e sugli altri utilizzando (1) il dialogo socratico, (2) le tecniche di ristrutturazione cognitiva (doppio standard modificato, il continuum cognitivo ecc.), (3) gli esperimenti comportamentali, progettati con l'obiettivo di testare in vivo la validità delle proprie credenze, (4) gli interventi tesi a favorire l'acquisizione di maggiori capacità di decentramento cognitivo, ad esempio, incoraggiando la paziente a formulare ipotesi alternative per spiegare il comportamento altrui, ma anche (5) offrendo alla paziente l'opportunità di vivere esperienze emotive correttive nella relazione con me.

#### *4. Favorire l'accettazione della compromissione dello scopo della buona immagine*

L'iperinvestimento sullo scopo della buona immagine per scongiurare il verificarsi della catastrofe temuta, cioè incorrere in esperienze di umiliazione, rifiuto ed esclusione sociale, si traduce nell'adozione di strategie comportamentali, quali evitamenti e comportamenti protettivi, che hanno l'effetto di esacerbare e mantenere la sofferenza psicologica della paziente. Per questo motivo, sono state utilizzate una serie di procedure tese a favorire la consapevolezza che il rischio della compromissione dello scopo non è azzerabile (es., non posso azzerare in via definitiva il rischio di fare una figuraccia, cadere, balbettare, commettere un errore), che non è conveniente continuare a investire in tale direzione (es., l'unico modo per non commettere errori è evitare di agire, il che sostanzialmente significa smettere di vivere), che lo scenario connesso alla compromissione dello scopo è tollerabile (decatastrofizzazione delle conseguenze temute) e che l'iperinvestimento su questo scopo implica la rinuncia ad altri scopi che la paziente ritiene importanti sul piano esistenziale.

#### *5. Favorire una maggiore tolleranza dell'ansia e della vergogna attraverso l'acquisizione di strategie di mastery più funzionali e adattive*

L'obiettivo principale era quello di aumentare l'accettazione del rischio di compromissione dello scopo della buona immagine nelle situazioni di vita reale. Per farlo, era dunque necessario favorire

una maggiore tolleranza delle emozioni di ansia e vergogna e l'acquisizione di strategie di mastery alternative a quelle utilizzate dalla paziente basate sull'evitamento. Si è proceduto ad un'esposizione graduale alle situazioni temute, inizialmente in immaginazione e successivamente in vivo. L'obiettivo in entrambi i casi era quello di aiutare la paziente a tollerare l'ansia e la vergogna senza mettere in atto gli evitamenti e pianificare forme più evolute di mastery, come la rifocalizzazione dell'attenzione da sé all'ambiente esterno, l'utilizzo delle tecniche di connessione con il momento presente, l'utilizzo delle coping card per favorire il ricorso alle abilità di differenziazione e decentramento, l'evocazione dell'adulto sano che, a differenza della Eva bambina inerme di fronte alle esperienze di umiliazione e rifiuto, ha le risorse per fronteggiarle e per prendersi cura e assicurare la Eva bambina spaventata.

#### *6. Potenziamento delle abilità sociali e gestione dei cicli interpersonali*

L'obiettivo era quello di favorire nella paziente una visione alternativa e più positiva della socialità come occasione di crescita, di scoperta e condivisione e di promuovere un maggior investimento nelle relazioni sociali. Per raggiungere questo obiettivo è stato fondamentale potenziare le abilità sociali e le abilità di comunicazione assertiva attraverso role-play progettati allo scopo di gestire diversi tipi di situazioni interpersonali. Inoltre, alcune sedute sono state dedicate alla condivisione dei nostri interessi in fatto di musica, film, serie tv ecc. per permettere a Eva di accedere a una dimensione della socialità più positiva di cui può fare esperienza anche all'esterno. Infine, ho favorito il riconoscimento e la gestione dei cicli interpersonali nella relazione terapeutica ma anche nelle situazioni esterne, per aiutare Eva a comprendere come i suoi tentativi di proteggersi finiscano per creare esattamente le situazioni che teme e allontanarla da ciò che desidera.

#### *7. Riduzione dell'autocritica e costruzione di un sé compassionevole*

In primo luogo, sono stati discussi gli effetti controproducenti che le critiche distruttive che Eva rivolge a sé stessa hanno sull'umore, sulla motivazione e sul livello di energia. Successivamente, abbiamo personificato la sua parte critica, dandole un nome. Quindi, insieme abbiamo ricostruito le esperienze precoci di umiliazione e rifiuto che hanno modellato quella voce critica e abbiamo osservato come in tutte quelle esperienze a un suo bisogno sano sia seguita una risposta inadeguata dell'altro. L'obiettivo era quello di aiutare Eva a comprendere di non essere responsabile dei limiti dell'altra persona e di provare a ridimensionare l'autorevolezza che attribuisce al suo giudizio, solitamente della madre.

Per ridurre la tendenza a criticarsi e sviluppare una risposta compassionevole, oltre a farle da modeling, l'ho aiutata a riflettere sul tipo di risposta che avrebbe voluto ricevere in quei momenti oppure sulla risposta che darebbe a qualcun altro se si trovasse in quella situazione (tecnica del



doppio standard) e sugli effetti che tale risposta ha su di sé. Inoltre, per favorire un maggior senso di agency sulla propria sofferenza emotiva è stata proposta la tecnica delle due sedie, coinvolgendo Eva in una nuova forma di dialogo con la sua parte critica, così da costruire una risposta alternativa a quella tipica di Eva che consiste nel soccombere a quella parte. Per riuscire a tollerare gli effetti emotivi prodotti dalla parte critica sul sé è stata proposta anche la meditazione della montagna, una tecnica utilizzata con l'obiettivo di consolidare la capacità di Eva di mantenere una centratura anche in quei momenti difficili. Infine, per favorire l'acquisizione della capacità di decentramento metacognitivo, abbiamo osservato come Eva, quando è sola, senta quella voce internamente, mentre in situazioni sociali tenda a pensare che quei contenuti siano presenti nella mente degli altri.

### **Descrizione della terapia**

#### *Andamento della terapia*

La terapia ha avuto inizio a marzo 2021 ed è tutt'ora in corso. Nei primi 7 mesi è avvenuta a cadenza settimanale; successivamente, sono stati concordati due incontri settimanali, considerando le difficoltà di Eva a trarre beneficio da un trattamento con frequenza così ridotta. Inoltre, Eva è seguita da uno psichiatra presso il Centro di Salute Mentale, con il quale ha intrapreso un trattamento farmacologico a partire dal mese di giugno del 2021.

All'inizio della terapia, per molti mesi, Eva ha mostrato un atteggiamento distaccato, inibito e prevalentemente passivo. Se ne stava seduta assumendo una postura rigida e chiusa, evitava il contatto oculare, prendeva parola solo se interpellata e rispondeva con un filo di voce utilizzando frasi molto brevi. L'obiettivo prioritario di quella prima fase è stato quello di creare delle condizioni di sicurezza che permettessero alla paziente di sentirsi maggiormente a suo agio nella relazione. Progressivamente, anche se molto lentamente, Eva ha iniziato a manifestare segni di un maggiore coinvolgimento nel lavoro terapeutico. In una prima fase abbiamo lavorato sull'acquisizione di una maggiore capacità di monitoraggio metacognitivo e abbiamo ricostruito il suo funzionamento, evidenziando la relazione tra eventi, pensieri, emozioni e comportamenti. Grazie alla maggiore comprensione del suo funzionamento, Eva ha iniziato a considerare i suoi problemi come il risultato di credenze, scopi iperinvestiti e strategie di coping disfunzionali. Il lavoro sull'identificazione e sulla modifica delle credenze patogene e dello schema interpersonale maladattivo, unitamente agli interventi finalizzati alla promozione della differenziazione e del decentramento metacognitivo hanno prodotto un iniziale miglioramento dei sintomi depressivi e una maggiore motivazione al cambiamento.

Con l'inizio del nuovo anno accademico, dopo circa 7 mesi di terapia, Eva ha manifestato la volontà di ritornare a scuola. Considerando la grave compromissione del funzionamento sociale e la difficoltà di Eva a trarre beneficio da un trattamento con sedute a cadenza settimanale, abbiamo concordato di vederci due volte a settimana. Nella seduta aggiuntiva abbiamo stabilito che avremmo condotto delle esposizioni graduali in vivo allo scopo di sviluppare una maggiore tolleranza delle emozioni di ansia e vergogna, testare la validità delle proprie credenze e sviluppare una maggiore capacità di comprendere la mente altrui, cioè inferire pensieri, emozioni, intenzioni, motivazioni e desideri degli altri dal loro comportamento e dal loro linguaggio.

Il ritorno a scuola ha inizialmente prodotto effetti positivi, offrendo a Eva l'opportunità di vivere esperienze di disconferma delle sue credenze disadattive su sé stessa e sugli altri. Come conseguenza Eva appariva più libera e spontanea anche in seduta, sorrideva di più, aveva una visione più articolata di sé. Dopo circa un mese e mezzo però Eva ha iniziato a manifestare sintomi di disimpegno. Si è assentata per circa due settimane e contestualmente ha deciso di interrompere la frequenza scolastica senza discutere di questa decisione né con me né con i professori. In quelle due settimane, Eva ha interrotto anche la frequenza delle sedute e quando vi ha fatto ritorno esibiva un atteggiamento distaccato e freddo, distonico rispetto a quello usuale nel nostro rapporto. A crearle un nuovo scompenso era stato l'inizio della convivenza del padre con la nuova compagna e il suo trasferimento improvviso in un'altra casa. L'esplorazione nel corso delle sedute fece emergere che Eva sentiva di non meritare tutto quello che stavo facendo per lei, che mi avrebbe deluso così come aveva deluso tutti in passato e che le energie profuse per lei non sarebbero valse a nulla.

Il superamento di questa empassa terapeutica, ha segnato una svolta nel percorso terapeutico, consentendo a Eva di coinvolgersi di più nel nostro lavoro e di fidarsi maggiormente di me.

Con l'interruzione della frequenza scolastica, Eva però era di nuovo privata di quel confronto con la realtà necessario a mettere in crisi in vivo le credenze disadattive su sé stessa e sugli altri, ritornando parzialmente in una condizione di isolamento. Tuttavia, Eva era motivata a superare l'anno accademico e a sostenere l'esame finale da privatista. Ho sostenuto Eva in questo obiettivo aiutandola a gestire la parte critica che non le permetteva di sostenere l'impegno nello studio. L'ho aiutata anche nel migliorare il metodo di studio e nel favorire un approccio all'apprendimento guidato da curiosità e interesse piuttosto che esclusivamente finalizzato alla valutazione. Infine, ci siamo preparate ad affrontare la valutazione finale che si sarebbe svolta davanti a una commissione, aiutando Eva a tollerare maggiormente le emozioni di ansia e vergogna e ad accettare in misura maggiore la compromissione dello scopo della buona immagine. Attraverso l'esposizione in immaginazione centrata sul figurarsi lo scenario futuro temuto, abbiamo lavorato sull'acquisizione

di forme più evolute di mastery. Questo lavoro ha consentito a Eva di affrontare l'esame finale e superarlo con successo, producendo effetti benefici sul suo umore, sulla sua autostima e sul suo senso di efficacia. Eva ha iniziato anche a uscire da sola e a prendere i mezzi pubblici per raggiungere il Centro di Salute Mentale. Tuttavia, queste situazioni continuavano ad essere affrontate con molta ansia ed Eva ricorreva a comportamenti protettivi (es., indossare gli auricolari ed evitare lo sguardo dei passanti) per evitare di incorrere nella catastrofe temuta.

In estate, un viaggio in Brasile dai suoi parenti è stata una occasione preziosa per Eva per raccogliere i frutti del nostro lavoro. Eva, infatti, ha riferito di aver sperimentato un benefico senso di appartenenza e di essersi sentita per la prima volta in famiglia. In particolare, ha raccontato di aver legato con le cugine, con le quali ha continuato a intrattenere rapporti anche una volta giunta in Italia.

Nell'ultimo anno di terapia sono avvenuti cambiamenti significativi. Nella relazione con me Eva è diventata progressivamente sempre più aperta, spontanea, concedendosi la libertà di presentarsi in modo più informale e di condividere momenti più leggeri. Anche le situazioni sociali hanno iniziato a essere vissute con sempre maggiore sicurezza, al punto che un giorno Eva entrando in seduta mi riferisce di aver scoperto che cosa si prova nell'essere sereni. Era strano per lei sentire che il suo sistema di detezione delle minacce fosse disattivato per tutto il tragitto da casa al mio studio. L'ultimo anno è stato dedicato all'acquisizione di competenze sociali e, soprattutto, al lavoro sulla vulnerabilità storica e sull'elaborazione dei traumi infantili. Ciò ha offerto a Eva l'opportunità di comprendere l'origine della sua sofferenza e di leggerla come esito dell'adattamento a una realtà traumatica. Eva ha iniziato anche a realizzare come le difficoltà dei genitori stessi potessero essere comprese alla luce delle loro storie di vita, sviluppando degli insight riguardo alla trasmissione transgenerazionale del trauma. Attualmente Eva sta frequentando un corso di scuola serale, è più serena in questo contesto ma il rapporto con i coetanei resta ancora un nodo problematico.

#### *Valutazione parziale dell'esito*

Eva mostra un miglioramento clinicamente significativo della sintomatologia ansiosa e depressiva. Nella relazione con me è molto più aperta e spontanea. Mantiene il contatto oculare, sorride, inizia le conversazioni portando autonomamente dei contenuti, condivide con me momenti più leggeri. Mostra una maggiore consapevolezza del suo funzionamento ed è maggiormente in grado di tollerare l'ansia e la vergogna nelle situazioni attivanti. In generale, si sente maggiormente a suo agio nelle situazioni interpersonali come conseguenza di una migliore autostima e un maggior senso di autoefficacia. Gli evitamenti si sono considerevolmente ridotti per cui oggi Eva esce da sola, prende i mezzi pubblici, frequenta la scuola, toglie la giacca o il cappotto quando è a scuola,

pone domande agli insegnanti anche se ancora non riesce a farlo davanti a tutta la classe. Il rapporto con i coetanei resta ancora un aspetto problematico. In compenso, ha contatti regolari con i suoi parenti in Brasile, in particolare con le cugine, sue coetanee. È più aperta alle nuove esperienze vissute anche come opportunità per soddisfare altri bisogni frustrati. Per esempio, Eva ha acconsentito a fare un viaggio in Portogallo con la madre per andare a trovare la famiglia di un'amica della madre che lei non conosce. È più capace di comunicare i suoi bisogni e le sue esigenze, esprimere disaccordo ed opinioni divergenti sia con la madre che con il padre.

**Ramona Fimiani, Psicologa, Roma**

**Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Perdighe e Procacci**

**e-mail: [ramona.fimiani@hotmail.it](mailto:ramona.fimiani@hotmail.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)

## Il caso del signor N. e dei suoi “inseparabili” oggetti

Giorgio Albani<sup>12</sup>

<sup>1</sup>Studio Medico, Orvieto

<sup>2</sup>Comunità a doppia diagnosi LAHUÈN, Orvieto

### *Riassunto*

L'articolo riguarda un caso di Disturbo da Accumulo. Il paziente inizia a collezionare orologi da tavolo poi, a seguito di eventi accaduti nella propria vita, compresa una malattia terminale della moglie, finisce per riempire la propria casa e dei locali di sua proprietà con ogni genere di oggetti, restringendo drammaticamente gli spazi vitali.

*Parole chiave: accumulo, lutto, separazione dagli oggetti.*

### **The case of Mr. N. and his 'inseparable' objects."**

The article concerns a case of Hoarding Disorder. The patient begins to collect table clocks and then, following events in his life, including his wife's terminal illness, he ends up filling his home and the premises he owns with all kinds of objects, dramatically restricting his living spaces.

*Key-words: hoarding, mourning, separation from objects.*

### **Presentazione del caso**

Giunge in studio la signora D. che seguo da tempo come medico.

È particolarmente preoccupata per la situazione del padre, il signor N.

Il padre è un uomo anziano sostanzialmente in buona salute. In passato mi capitava di vederlo spesso.

*“Vede dottore... Io e mio fratello siamo arrivati al limite della sopportazione. Mio padre ha riempito la casa di oggetti. Sono dappertutto. Un tempo era una bella casa. Persino signorile. Oggi tutti gli spazi della vita familiare sono occupati da cose completamente inutili”.*

Il signor N. avrebbe iniziato a raccogliere, alcuni anni fa, degli orologi da tavolo (i cosiddetti *parigini*) con l'intento di collezionarli. Il tema della collezione poteva trovare una sua giustificazione nel fatto che il padre del signor N. era stato un orologiaio. Questa attività di ricerca e raccolta era condotta insieme con la moglie. All'inizio sembrava un hobby interessante per entrambi, giunto al termine di una vita di lavoro nell'imprenditoria e nel commercio. I due coniugi passavano i fine settimana in giro per i mercatini d'antiquariato, alla ricerca di quelli che consideravano pezzi di valore. Il loro intento condiviso, oltre al piacere, era quello di raccogliere “oggetti pregiati” al fine di condurre un investimento utile a garantire, nel futuro, la propria sicurezza economica e soprattutto quella dei propri figli. Nell'arco di poco tempo li avevano raccolti circa 300. Parliamo di voluminosi e pesanti orologi da tavolo del secolo *scorso* (*trittici composti da un orologio centrale e spesso da due corpi laterali separati*), di pendole da terra, di orologi a pendolo, ecc.



*Foto autentiche della collezione di N. riprese anni fa, messe a disposizione dalla famiglia*

Ognuno di essi poteva occupare uno spazio con la propria base anche di mezzo metro quadrato e raggiungere facilmente pesi di 20-30 kg. Per le pendole l'ingombro in altezza poteva raggiungere i 2 metri (*quella in foto, proveniente dal tirol, è alta m. 2,34*). Poi questa raccolta, che inizialmente aveva una sua coerenza tematica (una collezione di orologi del 1800-1900), si era estesa lentamente ad altri oggetti. Alcuni quadri, dei lampadari, dei candelabri, delle lampade da terra, alcuni mobili, delle specchiere, scacchiere, giochi da tavolo, vasi in ceramica, suppellettili varie. Pian piano la collezione perdeva la coerenza iniziale per divenire una raccolta piuttosto variegata, caratterizzata da elementi meno legati tra loro ma tutto sommato ancora riconducibili ad una categoria: quella degli oggetti di antiquariato. La casa dei due coniugi, nella quale viveva anche la figlia, avendo una superficie di circa 400 metri quadrati disposti su due piani, pur essendo stata assai riempita, per un certo periodo continuò ad assorbire sufficientemente bene la raccolta di

tutti questi materiali senza che si creassero situazioni particolarmente critiche. I vari oggetti occupavano corridoi, saloni, sale ma venivano ancora salvaguardati con attenzione i bagni, la cucina, le scalate, i luoghi di servizio. Poi la moglie del signor N. si ammalò di Alzheimer ed iniziò un periodo di degrado costante e graduale delle sue condizioni di salute e della sua autonomia sino ad arrivare, nell'arco di alcuni anni, alla perdita della memoria, all'incapacità di riconoscere i famigliari, alla perdita della parola e delle funzioni autonome. Il signor N., pur anziano ma fermo e deciso, fece la scelta di accudire la moglie a casa e di provvedere personalmente alla sua assistenza con l'aiuto della figlia. Non cessò, tuttavia, la raccolta degli oggetti che anzi da quel momento venne notevolmente incrementata, divenendo particolarmente intensa e perdendo definitivamente quella riconoscibile logica tematica che aveva caratterizzato sia la prima fase (*quella degli orologi*) che la seconda (*quella degli oggetti di antiquariato*). Gli spazi vitali (bagni, cucina, servizi, stanze di accudimento della moglie, percorsi per accedervi) rimasero tuttavia perfettamente salvaguardati.

La moglie se ne andò dopo 7 anni di Alzheimer.

A quel punto il signor N. perse completamente il controllo della raccolta finendo per riempire quasi tutti i luoghi della sua abitazione. Occupò, generando un impatto emotivo fortemente negativo nei figli e nei parenti, anche i luoghi "sacri" che erano serviti per l'accudimento della moglie. La raccolta, inoltre, si arricchì di oggetti sempre più strani, totalmente incoerenti tra loro, frequentemente deteriorati quando non fatiscenti: macchine da cucire, giradischi, utensili meccanici, vecchi dischi, vecchie videocassette, parti di motori, tv a tubo catodico, valvole, transistori, vecchie cineprese, ventilatori, elementi di arredo ormai inutilizzabili, attrezzi agricoli, ecc. Andava a cercare questo materiale ogni dove e persino nelle discariche con profondo diniego dei suoi familiari. Contemporaneamente occupò un altro locale di circa 200 metri quadrati (un locale di pregio di sua proprietà, con il pavimento in marmo, ove in passato aveva gestito una florida attività commerciale) iniziando a raccogliervi, oltre ai vari materiali, anche delle "opere" autocostruite. In pratica incollava una miriade di oggetti di vario genere, in buona parte privi di valore, su delle superfici di legno o di pesantissimo marmo che raccoglieva periodicamente tra gli scarti dei marmisti. Spesso metteva al centro un orologio di plastica da pochi euro acquistato dai cinesi che poteva ricordare da lontano la collezione iniziale. Considerava questi manufatti, oggettivamente di nessun valore, alla stregua di preziose opere d'arte che alla sua morte avrebbero consentito ai figli di arricchirsi.

Il vecchio e prestigioso locale della sua precedente attività era ormai così pieno da lasciare spazi solo per strettissimi percorsi utili a raggiungere l'entrata (foto sotto).





*Il locale del signor N. ripreso in una fase iniziale dell'occupazione.*

Comunicai alla figlia la mia oggettiva difficoltà a poter seguire questo caso, nonostante la sua accurata richiesta, in assenza dell'accordo del padre. Mi rispose che, considerato che il signor N. aveva un'ottima stima di me, era riuscita ad ottenere il suo assenso ad una mia visita nella sua abitazione, per potere fare un colloquio con lui, condurre eventualmente anche una visita fisica e rendermi conto della situazione attuale. *“Così il dottore potrà vedere la mia collezione”* aveva risposto il signor N.

### **Descrizione del problema presentato**

Raggiunsi la casa del signor N. pochi giorni dopo, in un orario pomeridiano.

Nella situazione che trovai non era più possibile riscontrare nemmeno quel pur minimo tentativo di sistematizzazione precedentemente presente. Oggetti di mille tipologie, dimensioni e fogge erano ormai accumulati ogni dove senza più alcun tipo di ordine o logica.

La figlia mi aveva precisato in precedenza che nessun tentativo di eliminare anche un solo oggetto era andato in porto. Come non era mai andata in porto la richiesta di vendere almeno alcuni pezzi di un qualche valore al fine di destinare il ricavato per opere di ristrutturazione della casa alla quale il signor N. non sembrava più interessarsi da tempo. Egli si era opposto con veemenza a qualunque tentativo di vendita. Da una parte continuava ad affermare di raccogliere degli oggetti di valore per creare un patrimonio per i propri figli, dall'altra non mostrava alcuna disponibilità a prendere in considerazione qualunque loro volontà di vendita o semplicemente di liberare spazio. Un ricordo della figlia è particolarmente significativo rispetto stato mentale del signor N. Un giorno regalò una sua composizione al nipote (il figlio del figlio). Il giorno



successivo, a seguito di una notte insonne, con la scusa che non fosse ancora completa, l'andò a riprendere senza mai più restituirla.

**Cominciai a parlare con il signor N.** davanti ad un caffè, con le tazzine appoggiate in bilico in uno spazio inesistente, ricavato spostando degli oggetti posti su di un tavolo che figura anche in queste foto.

*T. Lei ha raccolto veramente molte cose...*

*P. Si è stata una ricerca prolungata. Sono tutte cose di valore sa!*

*Quando ero giovane non avevo niente...*

*T. (Sorridente) Mi spiace non sono un esperto. Mi ricordo però di quando aveva cominciato con sua moglie.*

*P. (Si emoziona) Si è vero. È molto tempo purtroppo che sono solo...*

*T. Per la verità ha due splendidi figli e due bei nipoti.*

Il signor N. assume un'espressione quasi compiaciuta.

Riprendo in modo più confidenziale.

*T. Devo sinceramente dirle che loro sono molto preoccupati per lei e per questa situazione.*

Indico con un gesto volutamente largo e lento tutti gli oggetti accumulati intorno a noi.

Il signor N. si irrigidisce un po'.

*P. Loro non capiscono. Con tutte queste cose...Gli lascerò un capitale!*

*T. Mi sembra, tuttavia, che le sue cose occupino anche degli spazi che potrebbero essere utili per la vita di tutti i giorni.*

*P. .... I bagni e la cucina sono liberi.*

*T. Però per arrivarci è un po' un problema. Ha visto che cosa ho dovuto fare prima per andare a salutare sua figlia?*

*P. Beh...Può essere necessario spostare alcune cose per passare meglio. Lo ammetto.*

Colgo l'occasione della sua apparente apertura e del fatto che la stima che mi ha più volte dichiarato per essere stato medico dei suoi famigliari potrebbe aiutarmi ad avere uno strumento terapeutico in più. Forse non è così ortodosso ma in un caso complesso come questo penso che ogni risorsa sia preziosa.

Riprendo.

*T. Signor N... La preoccupazione dei suoi figli sinceramente trovo che non sia proprio fuori luogo.*

Mi guarda con aria interrogativa mentre gli prendo la pressione arteriosa...

*P. Perché mi dice questo? Anche suo padre le ha lasciato molte cose.*

Nelle piccole comunità ci si conosce un po' tutti. Limite e risorsa insieme. Sfruttiamo la risorsa possibilmente...

*T. Si è vero. Mi pare che con mio padre andavate piuttosto d'accordo... Sbaglio?*

Accenna un sorriso.

*T. Mi ascolti. I suoi figli non hanno tutti i torti. In primo luogo, queste cose così messe accumulano polvere e diventano un enorme deposito di acari e altri insetti. Si ricorda quando fu ricoverato suo fratello per quell'allergia al Grocco di Perugia? Non stava bene per niente. Mi creda: è un rischio possibile e realistico. Inoltre, potrebbe verificarsi una perdita accidentale di acqua e forse se ne accorgerebbe a danno avvenuto. Poi ... Mi permetta e non se ne abbia a male...Ho visto che le prese elettriche sono completamente scomparse dietro alle cose. Se avvenisse un corto circuito ... Capisce che potrebbe diventare un rogo pericolosissimo per lei e sua figlia?*

Mi guarda ora preoccupato come se si affacciasse alla consapevolezza di queste possibilità per la prima volta. Forse ho esagerato ... Non sono stato così asettico e razionalista...Ma la porta si è aperta e cerco di non mollare la maniglia.

*T. Infine, pur incrociando le dita, provi a pensare se lei o sua figlia aveste necessità di essere soccorsi dal 118... Qui una barella non ci passerebbe!*

Allargo le mani in modo dimostrativo come a occupare uno spazio. Ora l'espressione di N. mostra preoccupazione vera. Un varco terapeutico si è aperto anche se il rischio che si chiuda rapidamente resta alto. Riprendo cercando di usare maggiore dolcezza.

*T. Mi hanno chiesto di aiutarla. Ma io non posso agire senza il suo consenso. Che ne dice se ci proviamo insieme? Potrei venire a trovarla ogni tanto e poi magari qualche volta lei verrà da me. Può essere l'occasione per prendere qualche altro caffè insieme...Ma non troppi perché la sua pressione era lì, lì...*

Il signor N. accenna ad un assenso e per la prima volta lo vedo più fragile, meno ostinato e forse un po' più vecchio.

**Diagnosi:** Disturbo da accumulo.

### **Profilo interno**

Il disturbo da accumulo del signor N. sembra iniziato con gradualità. Alle origini probabilmente le intenzioni erano quelle di raccogliere una collezione di orologi. In questo poteva

aver giocato un ruolo la voglia di rievocare atmosfere vissute nella bottega di orologiaio del padre. Un cartello dal lui attaccato nel locale riportava una sua scritta autografa in cui dedicava effettivamente la collezione a suo padre. Poi successivamente c'era stata l'inclusione tematica di altri oggetti di presunto antiquariato. C'è da dire che in queste due fasi la moglie aveva partecipato attivamente alla raccolta. Successivamente, con l'inizio della malattia di Alzheimer della moglie, si verificò un cambiamento e la raccolta si allargò ad altri oggetti perdendo totalmente la coerenza iniziale. Persisteva, tuttavia, ancora una certa volontà di sistematizzare i materiali. Gli oggetti raccolti, inoltre, mantenevano dei buoni standard di qualità e conservazione. L'incremento della raccolta, però, divenne notevole e vennero invasi altri ambienti dell'abitazione. Con la morte della moglie dopo 7 anni di malattia, accudita amorevolmente in casa, la raccolta si allargò enormemente ad oggetti di ogni tipo, anche totalmente privi di valore, spesso deteriorati quando non fatiscenti. Vennero invasi numerosi spazi vitali prima rispettati e venne completamente persa la capacità di catalogazione e sistematizzazione dei materiali. Fu il caos più completo.

Alcuni ABC dedotti dai colloqui.

A	B	C
Ho raccolto, con sacrificio, degli oggetti di altissimo valore.	Grazie a questa raccolta i miei figli diventeranno ricchi e lo dovranno a me.	Soddisfazione. Orgoglio. Desiderio di riconoscenza e gratitudine per il lavoro svolto.

A	B	C
I miei figli mi chiedono di eliminare e vendere degli oggetti per liberare spazio.	Non capiscono il valore di questo materiale. Vorrebbero svendere tutto. Non capiscono che molte cose acquisiranno valore con il tempo. ➤ Non capiscono il valore del mio lavoro.	Frustrazione. Percezione di non essere compreso.  Percezione di ingratitudine. Rabbia.

A	B	C

Regala una sua composizione ad un nipote.	<p>Mi sono separato da un pezzo importante della mia collezione. Ogni pezzo è importante. La mia collezione ha perso la sua completezza/integrità.</p> <p>Mio nipote potrebbe non capire il valore della mia composizione e romperla. I suoi genitori, per gli stessi motivi, potrebbero buttarla.</p>	<p>Sofferenza estrema. Ansia da separazione. Non dorme la notte. Angoscia di perdita. Timore di non essere compreso e valorizzato.</p>
---	--	--

A	B	C
Se non avessi questo mio passatempo morirei.	<p>Fintanto che potrò occuparmi della mia collezione avrò una ragione per vivere.</p> <p>Da giovane non avevo nulla.</p>	<p>Senso di maggiore sicurezza. Ostinazione &gt; mantiene il suo operato.</p>

Tuttavia, si possono riscontrare anche questi ABC:

A	B	C
Mostra spesso la propria collezione anche a persone estranee.	<p>Quando mostro alle persone questi oggetti vedo che li apprezzano.</p> <p>Le persone rimangono stupite dalla mia raccolta e dal suo valore.</p> <p>➤ Solo i miei famigliari non capiscono il valore del mio lavoro.</p>	<p>Orgoglio. Soddisfazione.</p> <p>Percezione di riconoscimento del proprio valore.</p> <p>Si sente incompreso. Frustrazione. Rabbia.</p>

A	B	C
Le persone che visitano la mia raccolta si trattengono con me e mi chiedono molte cose sugli oggetti e sulla storia della mia vita.	Evidentemente per queste persone sono importante.	<p>Senso di essere capito e compreso. Gratificazione. Si sente meno solo. Sicurezza.</p>

Da questi ABC si possono trarre alcune informazioni sul funzionamento del signor N. Intanto ci sono tutte le caratteristiche del disturbo da accumululo.

*La necessità di conservare e accumulare sempre nuovi oggetti. La sofferenza estrema nel separarsene (l'episodio del nipote ne è un esempio lampante) o anche semplicemente per l'idea di poterlo ipoteticamente fare (la proposta di vendita di alcuni oggetti avanzata dai figli). A ciò va*

aggiunta la **radicata credenza del signor N. che gli oggetti da lui raccolti abbiano un enorme valore**. È fortemente convinto (altra credenza) che anche le proprie realizzazioni Naïf abbiano un grande valore. Infine, per gli oggetti di uso comune (mobilio, utensili, piccoli casalinghi, elettrodomestici, ecc.), accumulati nella seconda fase, spesso presi anche nelle discariche, c'è la convinzione di sentirsi in dovere di "salvarli", evitarne lo spreco e dare loro una seconda vita.

C'è però nel caso del signor N. anche uno scopo ancora più importante (nucleare) che si rivelerà risolutivo nella terapia. Egli, uomo che proviene da una famiglia povera, è convinto che la sua attività porterà un grande beneficio, anzi una ricchezza ai propri figli. Pertanto, ne garantirà la sicurezza economica futura evitando loro ciò che lui stesso ha sofferto nella prima giovinezza. Conseguenzialmente prova sofferenza e rabbia per il fatto che loro non siano in grado di capire il valore della sua opera e non provino gratitudine per lui.

Il significato degli oggetti per il signor N. si può dire perciò che sia plurimo:

1) *la convinzione riguardo al loro valore economico.*

Questa convinzione, *in subordine, ne contiene altre: la credenza di essere un esperto di elevato livello > pertanto la credenza di saper giudicare il valore reale di ogni oggetto > perciò la credenza di saper fare gli affari e di essere un ottimo imprenditore.*

2) La convinzione assoluta che la sua *raccolta potrà dare benessere, ricchezza e sicurezza economica ai suoi famigliari*. Alla verifica sembra l'elemento motivazionale più forte che poi potrà essere utilizzato effettivamente per consentire di dare una svolta alla terapia.

3) C'è, tuttavia, anche *un'identificazione con la raccolta*. Percepisce gli oggetti come parte integrante del proprio valore. Almeno in una prima fase (antecedente lo scompenso) carica continuamente i suoi orologi, li spolvera e li tratta quasi come figli. Quando ha visite mostra i suoi pezzi con orgoglio e fierezza.

4) Gli oggetti raccolti, infine, stimolano la curiosità spesso ironica e sarcastica delle persone di passaggio (ma lui non è in grado di capirlo). Essi si fermano con *apparente* interesse e lo intrattengono con le proprie domande. Ciò lo fa sentire importante e meno solo.

5) C'è però anche un altro significato di rilievo: il signor N. ha cominciato la raccolta della sua collezione con la collaborazione attiva della moglie, quando era ancora in salute. Il continuare ad acquisire oggetti anche nella fase della malattia della stessa (ove ricordiamo che essa perde completamente la capacità di intendere e volere) e dopo la sua morte potrebbe essere interpretato come un modo per sentirla ancora presente, non lasciarla andare e per continuare ad onorare l'impegno che avevano iniziato insieme.

Quindi, perdendo (alienando) gli oggetti il signor N. percepisce verosimilmente le seguenti minacce:

1) la perdita di un valore economico ma ancor più *la perdita della possibilità di poter dare benessere, sicurezza e prosperità ai propri figli.*

In minor misura:

2) la perdita di una parte del proprio valore non necessariamente materiale (*un collezionista che non ha più la propria collezione perde un requisito essenziale per definirsi tale*).

3) La perdita di quel piccolo flusso di interesse che le persone che visitano la collezione (più per curiosità che per altro) manifestano verso di lui. Ciò lo fa sentire importante e meno solo.

4) Si direbbe la perdita di ciò che resta del ricordo della propria moglie e dell’attività iniziata con lei. Tuttavia, questa ipotesi entrerebbe in contrasto con il fatto che il signor N. apparentemente senza troppi dubbi di coscienza, finisca per invadere anche i luoghi “sacri” ove era avvenuto l’accudimento della moglie malata. È però da notare che, nonostante il suo attaccamento agli oggetti materiali, egli non manifesta alcuna opposizione quando la figlia, dopo la morte della madre, decide di portare alla *Caritas* i suoi abiti e le sue cose personali. La spiegazione potrebbe essere che il signor N. non sia necessariamente legato alle cose della moglie, che anzi è probabile che lo riportino ai ricordi negativi della malattia e della morte, ma piuttosto al ricordo di lei sana e attiva e a quello delle cose che facevano insieme.

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

Le cause del mantenimento si possono dedurre da alcune frasi raccolte nei colloqui.

*“Gli oggetti che ho raccolto hanno un grande valore economico. Garantiranno un futuro di sicurezza economica e prosperità per i miei figli”.*

Una breve indagine dei figli, con persone esperte, in realtà ha dimostrato il contrario. La raccolta iniziale di orologi “più seri”, se venduta, consentirebbe oggi di ricavare appena 1/5 di quanto il signor N. spese a suo tempo per acquisirli. Il resto del materiale raccolto successivamente, cioè la maggior parte della raccolta, ha valore zero. Tuttavia, la credenza di aver messo da parte un capitale che si rivaluterà col tempo (e pertanto che al momento non deve essere assolutamente né venduto né disperso e renderà ricchi i propri figli) è un altro fattore importante di mantenimento.

*“Questi oggetti rappresentano la mia sicurezza”.*

Uno dei fattori di mantenimento è certamente legato al fatto che, per il signor N. conservare e alimentare la propria raccolta, generi sicurezza non solo per i propri figli ma anche per lui, che nella propria infanzia ha conosciuto la fame. Al contrario perdere i suoi oggetti, venderli e alienarli in un qualsiasi modo genererebbe insicurezza.

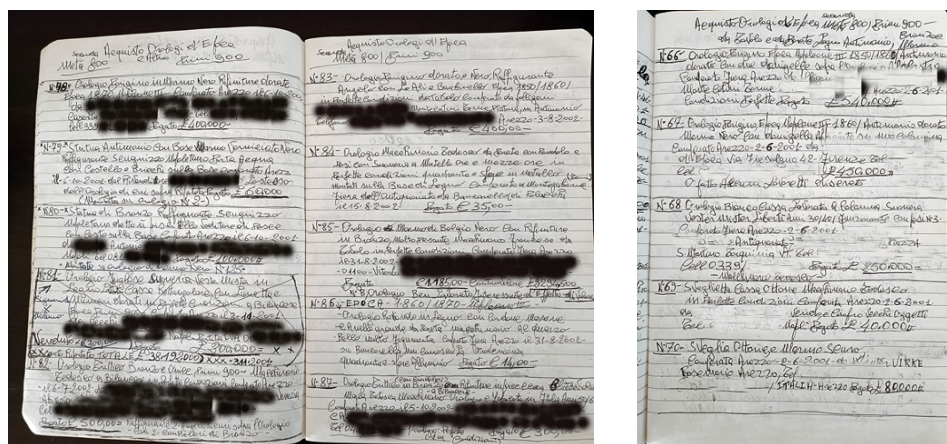
*“Le persone vengono a vedere la mia raccolta. Si intrattengono con me e mi fanno molte domande. Questo mi fa passare molte ore piacevoli”.*

La raccolta, in qualche modo, anche per pura curiosità, genera interesse in molte persone che, pertanto, fanno domande al signor N., lo intrattengono, si interessano riguardo alla sua esperienza e alla sua vita. Lui offre loro infiniti racconti ed aneddoti. Questo interesse degli altri lo fa sentire in qualche modo importante e certamente meno solo. È un altro motivo per mantenere la raccolta. Se essa venisse meno la gente smetterebbe di interessarsi a lui. Inoltre, il fatto che le persone, per puro atto di cortesia, gli facciano i complimenti, mantiene la credenza sia riguardo alla presunta importanza che al valore materiale degli oggetti accumulati.

### Esordio e scoppio

Ricercando l'epoca e le cause che possono aver contribuito allo scoppio si possono fare alcune considerazioni. L'iniziale collezione degli orologi dell'800 potrebbe avere una sua ragion d'essere.

Tra l'altro, nel leggere gli appunti fitti e ordinati che il signor N. ha riportato su diversi registri si potrebbero ipotizzare alcuni tratti ossessivi.



Uno dei molti registri del signor N.

Le registrazioni riguardano la descrizione accurata di ogni pezzo nello stato iniziale, il supposto anno di fabbricazione, il nome del venditore con tanto di recapiti, il luogo e la data dell’acquisizione e l’occasione in cui essa è avvenuta (per es.: mercato antiquario di Arezzo, fiera di Campagnano Romano, ecc.). È difficile, tuttavia, poter differenziare un approccio ossessivo da quello di un collezionista attento e diligente che vuole mantenere traccia di tutto, essendo in questo campo non del tutto improbabile venire in possesso di materiali frutto di furti. Fatto questo per il quale la legge italiana prevede i reati di “ricettazione” o “incauto acquisto”. Certamente il signor N. ne è al corrente e opera in modo consequenziale e non necessariamente ossessivo. Ho ritenuto che non abbia senso ricercare uno scompensato in questo periodo che potremo definire ancora sufficientemente normale.

La diagnosi di malattia della moglie può essere individuata, a mio avviso, come il primo elemento di scompensato evidente. Da quel momento cambiano delle cose. “*La raccolta venne notevolmente incrementata, divenendo particolarmente intensa e totalmente priva di quella riconoscibile logica tematica che aveva caratterizzato la fase iniziale*”. Attenzione: fase che li aveva uniti nel comune scopo di acquisire un patrimonio per il proprio futuro e per quello dei propri figli. Con la malattia inizia una fase più irrazionale e scoordinata, legata probabilmente alla non accettazione della stessa. Non disperdere ciò che è stato raccolto insieme alla moglie ma anzi incrementarne l’acquisizione è probabilmente un modo per sentirla ancora al proprio fianco e per continuare ad operare nella direzione dello scopo condiviso. La figlia riferisce che quando N. acquisisce un nuovo “pezzo” lo porta al capezzale della moglie e glielo mostra con orgoglio anche se ella non è più in grado di intendere e volere.

La morte della moglie, infine, va considerata il momento dell’esordio del problema per il quale sono stato chiamato ad intervenire. Sembra proprio quello il momento in cui si lacera in modo definitivo il legame con la realtà oggettiva e cambiano i rapporti personali. Da quel momento rifiuta le visite in casa, anche di parenti stretti. S’incrementa la raccolta che diventa un’accozzaglia di oggetti spesso fatiscenti e privi di logica e vengono invasi degli spazi vitali importanti, compresi quelli che erano serviti per l’accudimento della moglie. Viene inoltre occupato un nuovo locale di circa 200 metri quadrati che avrebbe avuto tra l’altro un buon valore commerciale se affittato. S’irrigidiscono, allo stesso tempo, i rapporti sia con i figli sia con tutti coloro che tentino di convincerlo dell’inopportunità della situazione e del fatto che non lo vedano per niente bene.

### **Vulnerabilità storica**



Il sig. N. è il quarto di una famiglia di cinque figli, abbastanza povera. L'ultimo maschio, seguito da una femmina più piccola. Guardando una foto di famiglia la posa di lui bambino, rispetto a quella dei fratelli molto più grandi, appare di sfida: sguardo fiero, petto in fuori e mani ai fianchi. Parliamo degli anni '30 e il modello possiamo ben immaginare quale sia stato. Fa comunque sorridere. Altre foto mostrano lo stesso atteggiamento. Come se sin da piccolo abbia voluto/dovuto dimostrare di essere all'altezza dei fratelli e "tanto grande" quanto loro. Se le foto suggeriscono solo uno spunto, quasi una suggestione, la storia di vita che egli narra da conferme oggettive di questa ipotesi. Cerca sempre di intraprendere attività più importanti e più remunerative di quelle dei fratelli. E' soddisfatto quando riesce a dare lavoro ad uno dei suoi fratelli più grandi e lo comunica al padre. Quest'ultimo è orologiaio e il signor N. diventa un raccoglitore di orologi fino a creare una collezione ben più grande di quella che aveva il padre. Sin da giovanissimo la sua vita si orienta come una sfida verso la raccolta di beni materiali. In ciò si può individuare un doppio scopo: *la necessità di dimostrare di essere all'altezza e anche più bravo dei fratelli e il bisogno di creare una condizione che lo tenga il più lontano possibile dall'evenienza di tornare povero e non avere niente.* Acquista un taxi e con gli introiti di questo lavoro e un provvidenziale "mutuo bancario" apre un distributore di benzina con annessa rivendita di bombole di gas e, contemporaneamente, un forno. Poi vende il forno e fonda un supermercato. È riconosciuto dalla gente, e lui ne è contento, come un abile imprenditore. Nel frattempo, costruisce 2 case e ne acquista altre 2. Ogni volta che compra una macchina sceglie un modello di grandi dimensioni. E', comunque, anche un grande risparmiatore e considera ferie e vacanze come qualcosa di inutile e dispendioso. L'accumulo di oggetti materiali, pur avvenendo per la maggior parte della sua vita in modo razionale e sufficientemente funzionale, è una costante. Come è anche una costante la percezione di sicurezza legata al possesso di molte cose, per lui che proviene da una famiglia assai povera.

Una vulnerabilità attuale è probabilmente è data dalla riduzione dei rapporti interpersonali avvenuta dopo la morte della moglie. Da quel momento si riducono le visite di conoscenti e parenti che comunque contribuivano a far mantenere il signor N. su un piano di razionalità e buon senso, favorendo il mantenimento con un sano legame alla realtà. Le visite degli estranei, incuriositi, compensano in parte la mancanza di rapporti personali ma non fanno nulla per riportarlo ad un quadro di realtà e a mettersi in discussione rispetto a comportamenti e scelte. Anzi, il loro presunto interesse per la collezione genera altra vulnerabilità.

### **Presentazione del trattamento**

Il caso del signor N. si è articolato attraverso una serie di incontri/visite avvenuti in buona parte, specie all’inizio, nella sua abitazione e poi presso il mio studio. Riguardo alla fase iniziale a volte si è trattato di brevi incontri per prendere un caffè, di passaggio, utili a istaurare, favorire, mantenere il rapporto terapeutico, altre volte di incontri più prolungati, pertanto vere e proprie visite. C’è stata, tuttavia, necessità di ritrovarci, nell’ultima fase, nell’abitazione del paziente per supervisionare il lavoro di sistematizzazione e sgombro.

#### *A. Contratto terapeutico e scopi del trattamento*

Si è reso chiaro sin dall’inizio che i nostri incontri, superata una fase informale, avrebbero avuto comunque una funzione e degli scopi terapeutici. Il paziente ha accettato.

Il contratto concordato con il signor N. è stato fondamentalmente quello di aiutarlo a raggiungere un adeguato senso di serenità e sicurezza, *per sé stesso e per i propri famigliari*, senza dipendere dagli oggetti o dalla loro raccolta. Pertanto, ci si è accordati su di una serie di passaggi operativi gradualmente che hanno costituito *la fase intermedia*: ordinare, pulire, ripristinare la sicurezza igienico sanitaria, sistematizzare i materiali, catalogarli, fare selezione, valorizzare ciò che meritava sulla base di giudizi esterni oggettivi e, ove opportuno, perizie professionali. Si è trattato di tappe necessarie che, oltre a svolgere un ruolo igienico, hanno permesso al signor N. di accettare *la fase successiva*: quella dello sgombero dei locali e dello smaltimento di buona parte degli oggetti raccolti nelle fasi scompensate.

Nel contratto terapeutico, considerato che le molte tematiche esposte dal signor N. erano fondamentalmente relative alla salvaguardia del futuro economico dei propri figli (probabilmente uno degli scopi principali della raccolta), si è concordato che si sarebbe utilizzato un tempo adeguato a stabilire quali scelte e quali attività **avrebbero comunque garantito questo risultato non necessariamente legandolo al mantenimento degli oggetti.**

È stato possibile individuare e perseguire questo obiettivo terapeutico, rivelatosi poi fondamentale per il caso, sia grazie ad una comprensione degli scopi finali che erano alla base delle azioni del signor N., sia stimolando il suo mai sopito spirito imprenditoriale.

#### *B. Razionale, strategie*

Queste le tappe della *road map* dirette verso gli obiettivi terapeutici

1. Abbiamo valutato i costi e i benefici della situazione attuale. Soprattutto abbiamo affrontato un’analisi attenta, realistica, dei costi economici e materiali, di quelli relativi a ciò che

comportava la perdita di spazi vitali e servizi importanti. Tra i costi abbiamo preso in considerazione la non trascurabile perdita economica derivante dal mancato impiego di un appetibile locale commerciale di 200 metri quadrati posto al centro del paese. Abbiamo inoltre valutato i costi umani del tempo impiegato nell'attività di raccolta e di quello che, consequenzialmente, è stato sottratto alle relazioni personali (comprese quelle con figli, nipoti, parenti) e a tutte le altre possibilità e attività che la vita offre.

2. Tra i costi abbiamo anche attentamente analizzato il rischio derivante dall'accumulo di tanti materiali in luoghi chiusi e non interamente ispezionabili: possibili infestazioni parassitarie, possibili esalazioni tossiche derivanti dal deterioramento di alcuni materiali sintetici, difficoltà a mantenere un'adeguata igiene dei luoghi utilizzati anche per vivere, rischio più elevato di incendi, rischio di cortocircuiti in prese e centraline non controllabili, rischio di incidenti dovuti a crolli, impedimento al passaggio di possibili attività di soccorso. Ecc.
3. Abbiamo inoltre cercato di capire quali timori, quali credenze e quali scopi abbiano portato gradualmente nel tempo alla situazione attuale.
4. Abbiamo valutato particolarmente quali fatti della vita abbiano determinato i cambiamenti sostanziali nelle scelte e nei comportamenti.
5. Inoltre, abbiamo concordato di valutare con realismo e possibilmente con l'aiuto di esperti se il valore presunto degli oggetti raccolti corrispondeva alle convinzioni del paziente.
6. Abbiamo lavorato insieme per riconoscere le cause responsabili del mantenimento dei comportamenti disfunzionali.
7. Infine, ci siamo concentrati sul cercare di capire quali fossero i reali bisogni del paziente (sia quelli del passato che, soprattutto, gli attuali) cercando di valutare realisticamente, anche in considerazione dell'età del signor N. e della sua situazione attuale, quali e quanti di essi avrebbero potuto ragionevolmente essere ancora realizzati e in che modo farlo.
8. Ad ultimo abbiamo cercato di analizzare il come poter prevenire le ricadute.

#### *C - Descrizione della terapia*

In primo luogo, è stato necessario stabilire l'alleanza terapeutica.

Nei disturbi da accumulo credo che non sia mai semplice questo passaggio. Il fatto di essere stato medico dei familiari del signor N. e di ricevere anche la sua stima personale si è rivelato indubbiamente un elemento importante. Inoltre, ho capito subito che in questo caso clinico avrei dovuto improvvisare e non affidarmi troppo ai protocolli. Considerato il fatto che il paziente riferiva di gradire che gli altri si interessassero a lui abbiamo percorso insieme, tra le prime cose,

le tappe della sua storia di vita. Una storia assai articolata e complessa. Ci siamo soffermati soprattutto su quei punti nodali in cui il paziente effettuò delle scelte che poi divennero disfunzionali. Insieme abbiamo analizzato le credenze, le motivazioni e gli scopi che determinarono ogni singola scelta. Per ognuna di esse abbiamo poi valutato quali avrebbero potuto essere le possibili alternative, cercando di immaginare, con un po' di fantasia (un gioco cui il paziente, con mia sorpresa, si è prestato con curiosità) i nuovi scenari e le nuove esperienze di vita che avrebbero potuto determinare. Ci siamo soffermati, poi, sulla serie delle minacce temute dal paziente (quella della povertà, quella di rimanere solo, quella di non ricevere abbastanza valore) agendo ove possibile in senso normalizzante. È stato questo un passaggio di alto valore emotivo ed empatico.

Un grosso lavoro è stato fatto anche in termini di *psicoeducazione*, adattando le tematiche *all'età, all'impostazione mentale, alle possibilità e alla cultura del paziente*. Lo ha toccato molto la consapevolezza acquisita nei confronti dei fattori di rischio derivanti dalla condizione attuale.

La svolta terapeutica, tuttavia, come anticipato, è avvenuta facendo leva sul suo spirito imprenditoriale quando abbiamo analizzato il rapporto costi benefici, totalmente sfavorevole (per sé stesso e per i propri famigliari), derivante dal tenere occupato un locale di 200 metri quadrati di alto valore commerciale posto al centro del paese. È giunta in aiuto anche un pizzico di fortuna: proprio in quei giorni era pervenuta una richiesta di affitto particolarmente conveniente avanzata da parte di un gruppo di medici che desiderava creare nel locale un centro specialistico dermatologico d'importanza territoriale. Probabilmente proprio da quel momento il signor N. ha cominciato a valutare con maggior convinzione, anche se non senza una qualche sofferenza, la possibilità di uno sgombero. Quest'ultimo passaggio, approfittando del fatto che i medici non avevano particolare fretta, è stato stimolato e agevolato suggerendo e impostando un lavoro interessante di catalogazione dei materiali. Il signor N. ha accettato di conservare alcuni oggetti rappresentativi di ogni categoria e di sgomberare pian, piano il resto. Le tecniche di esposizione sono state favorite da uno stratagemma. Ci siamo trovati d'accordo sul fatto che le sue realizzazioni artigianali avrebbero potuto essere regalate a famiglie del paese che potevano apprezzarle. Questo avrebbe consentito di lasciare un ricordo di sé stesso e del proprio lavoro che sarebbe durato generazioni (ben oltre la sua vita). Allo stesso tempo lui avrebbe potuto comunque rivedere ogni tanto le sue “opere”. Questo stratagemma terapeutico ha consentito effettivamente di sbloccare la situazione poiché di fatto ha permesso di non rendere necessaria la discussione sul valore reale dei suoi manufatti, e pertanto in fondo sul suo presunto valore di artista. Anzi, dal momento che le “opere” sarebbero finite, come avviene per un quadro, in “*esposizione*

*permanente*” in alcune case del paese, la percezione del loro valore da parte del signor N. ne risultò in qualche modo conservata quando non amplificata. Questa operazione fu ulteriormente valorizzata attraverso un altro stratagemma: fu pubblicato l’annuncio relativo alle opere offerte gratuitamente sul gruppo Facebook del paese (foto sotto, volutamente sfocata per la privacy), con tanto di immagini descrittive, storia delle realizzazioni, modalità e orari per il ritiro. Di fatto creammo un piccolo fenomeno sociale che motivò ulteriormente il signor N.

Inoltre, si decise che per ogni opera sarebbe stata scritta una certificazione di autenticità e proprietà, firmata di pugno dal signor N. e consegnata personalmente insieme al manufatto. Ricordo ancora con piacere e anche con un pizzico di personale emozione il giorno in cui furono aperte le consegne. Ogni persona ricevette un’“opera”, la certificazione e una stretta di mano.

Il materiale generico, invece, si decise che avrebbe potuto essere messo a disposizione delle persone della comunità affinché gli oggetti ancora integri e funzionanti avessero potuto godere di una nuova vita. Anche quest’ultima esperienza posso dire che si rivelò fondamentale per l’accettazione dello sgombero. A quel punto il signor N. accettò di eliminare tutto ciò che rimaneva (praticamente immondizia) attraverso il servizio delle isole ecologiche. Basti dire che furono necessari 3 giorni di lavoro da parte di una ditta esperta con 3 operai. Contemporaneamente passammo a lavorare anche sulla sua abitazione. Per la verità mentre avvenivano i lavori di sgombero del locale egli si era già attivato per rendere liberi i passaggi e alcune stanze fondamentali. Anche per quest’ultima fase si rivelò assai utile un suggerimento che divenne un vero e proprio progetto. Il materiale conservato in casa indubbiamente poteva essere considerato in parte di un certo valore. Particolarmente la collezione iniziale di orologi. Fu suggerito al signor N. di realizzare un catalogo razionale degli stessi con l’aiuto del figlio che si occupava per hobby di fotografia e di sottoporlo ad un’*expertise* professionale. Ciò al fine di catalogare la collezione, capirne il reale valore ed essere pronti ad un’eventuale vendita. Il catalogo fu realizzato e fu inviato ad alcune case d’asta che fecero delle proposte di acquisto discretamente convenienti in relazione ad alcuni pezzi. Il signor N., ritrovando il suo antico spirito imprenditoriale, accettò la vendita trattando abilmente al rialzo.

### *C. Valutazione di esito*

Sono convinto che quanto già esposto permetta di capire perfettamente come sia andato il caso. Siccome molti passaggi dello stesso sono stati documentati per immagini penso che questo sia il

miglior mezzo per capire gli esiti di questo caso. Sotto sono riportate sia le foto del locale praticamente sgomberato, oggi in trattativa avanzata per un nuovo conveniente progetto, sia quelle di uno stralcio di uno dei due cataloghi realizzati (uno di 147 pagine l’altro di 248). Il signor N. di fatto è tornato alla sua vita abituale godendo appieno degli aspetti della normalità, dei buoni rapporti personali e dei suoi interessi sani. Ha riscoperto la sua antica passione per la musica e si è dedicato, alla sua avanzata età, allo studio di uno strumento per il quale da giovane era molto appassionato: la fisarmonica. Ora è convinto che le sue scelte recenti siano andate nella direzione migliore del suo interesse e soprattutto di quello dei suoi famigliari. Continua a conservare alcuni orologi ben ordinati, molti però li ha già venduti. Ogni tanto sfoglia le immagini dei suoi cataloghi avendo la percezione che anche il ricordo mediato dalle foto sia appagante quanto il possesso materiale. *“Questa era la mia collezione”* dice a chi lo va trovare, senza mostrare particolare pentimento per le scelte effettuate.

Nell’ultimo incontro che abbiamo avuto nella sua abitazione mi ha fatto sentire, con la sua fisarmonica, un brano da lui composto dedicato e in memoria della moglie.



*Foto dei locali ormai praticamente sgomberati.*



**Giorgio Albani, medico**

**Specializzato in psicoterapia cognitiva, training Perdighe e Procacci**

**e-mail: [albani.giorgio@gmail.com](mailto:albani.giorgio@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)