psicoterapeuti in-formazione

2025, NUMERO SPECIALE

Carolina e la ricerca del vero sé

Flavia Calicchia[1],

[1]Psicoterapeuta in formazione, Istituto Beck Roma, Italia

Riassunto

Il presente contributo descrive il caso clinico di Carolina, una giovane donna di 28 anni, giunta in terapia per la presenza di un disturbo da panico. Il caso si caratterizza per l'intreccio tra vulnerabilità individuali e fattori ambientali e relazionali, che hanno contribuito allo sviluppo di un marcato senso di inadeguatezza personale. In particolare, la narrazione clinica mette in luce il ruolo significativo del contesto familiare disfunzionale nel modellare un'immagine di sé fragile e criticamente condizionata da rigidi standard di genere. La difficoltà nell'esplorazione e nell'integrazione della propria identità di genere, percepita come indefinita, e la contemporanea chiarezza rispetto all'orientamento sessuale, vissuto però con giudizio e autocritica, evidenziano la presenza di un'omofobia interiorizzata che si intreccia con i sintomi ansiosi. Il trattamento, condotto secondo un modello cognitivo-comportamentale, si è inizialmente focalizzato sulla gestione del panico, per poi orientarsi, in una fase più avanzata della relazione terapeutica, all'esplorazione e alla ristrutturazione dei vissuti legati all'identità e all'accettazione di sé. Il caso solleva importanti spunti di riflessione clinica sul rapporto tra fattori ambientali, identità personale e manifestazioni sintomatologiche ansiose, nonché sul ruolo della relazione terapeutica come spazio sicuro per l'elaborazione di tematiche complesse e profondamente radicate.

Parole chiave: Disturbo da panico, identità di genere, orientamento sessuale, bisessualità, omofobia interiorizzata

Panic Disorder and Comorbidity: Carolina and the search for the True Self

Summary

This paper describes the clinical case of Carolina, a 28-year-old woman who sought therapy for panic disorder. The case is characterized by the interplay of individual vulnerabilities and environmental and relational factors, which contributed to the development of a pronounced sense of personal inadequacy. In particular, the clinical narrative highlights the significant role of a dysfunctional family context in shaping a fragile self-image, critically influenced by rigid gender norms. The difficulty in exploring and integrating her gender identity, perceived as undefined, alongside a clear awareness of her sexual orientation—experienced, however, with judgment and self-criticism—points to the presence of internalized homophobia intertwined with anxiety symptoms. Treatment, conducted within a cognitive-behavioral framework, initially focused on panic management. In a later stage of the therapeutic relationship, the focus shifted toward the exploration

Flavia Calicchia, *Carolina e la ricerca del vero sé*. Numero speciale 2025, pp. *35-47-*.
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

and restructuring of experiences related to identity and self-acceptance. The case raises important clinical reflections on the relationship between environmental factors, personal identity, and anxious symptomatology, as well as on the role of the therapeutic relationship as a safe space for processing complex and deeply rooted issues.

Key words: Panic disorder, gender identity, sexual orientation, bisexuality, internalized homophobia

Introduzione

Carolina, una giovane donna di 28 anni, si presenta in terapia riferendo episodi di ansia intensa e attacchi di panico che hanno avuto origine nell'adolescenza e che negli ultimi anni si sono fatti sempre più frequenti e debilitanti.

Fin da piccola ha vissuto con un senso pervasivo di inadeguatezza, che l'ha portata a sviluppare un forte bisogno di controllo nelle relazioni interpersonali e un'ansia costante rispetto al giudizio altrui. La paura di non essere all'altezza, di deludere o di risultare inaccettabile agli occhi degli altri si riflette in un'eccessiva ricerca di rassicurazioni e nella tendenza ad adattarsi ai bisogni e alle richieste altrui, anche quando queste risultano intrusive o dannose per il suo benessere.

Questa dinamica si manifesta in particolare nelle relazioni sentimentali, dove, pur sperimentando una profonda paura dell'abbandono, non interrompe mai i legami per proteggersi, ma al contrario assume un atteggiamento estremamente accondiscendente, anche di fronte a partner controllanti o abusanti. L'insicurezza e il bisogno di conferme non si esprimono attraverso richieste esplicite, bensì attraverso strategie indirette, come il monitoraggio delle attività online del partner, la lettura iper-analitica di messaggi e comportamenti e il costante tentativo di prevedere e prevenire qualsiasi motivo di conflitto o allontanamento. Il controllo, quindi, non è solo un modo per gestire l'ansia, ma diventa un tentativo di proteggersi dal timore di sentirsi inadeguata, immeritevole o rifiutata. Parallelamente, Carolina sta affrontando una profonda e complessa ricerca della propria identità di genere. Fin da bambina ha vissuto una percezione di sé che non coincideva con i modelli femminili imposti dall'ambiente circostante, arrivando a identificarsi come maschio fino a quando, in un episodio dell'infanzia, ha realizzato di non esserlo. Attualmente si identifica come donna, ma utilizza il nome Carl, nome scelto dagli amici e accettato da lei stessa con piacere, in quanto neutro e non connotato da aspettative di genere rigide.

Pur non esprimendo il desiderio di modificare il proprio aspetto fisico, fatica ad accettarsi esteticamente e predilige un abbigliamento socialmente identificabile come maschile; ciò appare un modo per gestire il proprio senso di disagio senza dover esplicitare troppo la propria complessa relazione con il genere.

Il suo orientamento sessuale è bisessuale, ma la sua attrazione per le donne è spesso accompagnata da pensieri intrusivi e credenze disfunzionali, come l'idea che questo possa significare essere in realtà un uomo o che sia una conseguenza della relazione difficile con la madre. Queste riflessioni le provocano un elevato livello di sofferenza, alimentando stati di estraniazione e di dubbio costante, seguiti da una incapacità a definire chiaramente la propria identità sessuale con gli altri. La difficoltà principale, in altre parole, non sembra del tutto legata al coming out, o alla paura di un rifiuto sociale, quanto, piuttosto, alla pressione percepita nel non individuare, nelle categorie comuni di definizione di un'identità sessuale, le proprie caratteristiche.

Gli attacchi di panico, che Carolina sperimenta fin dall'adolescenza, sono sempre strettamente legati a situazioni in cui si sente esposta al giudizio altrui o in cui si trova a confrontarsi con il proprio senso di inadeguatezza. La paura di non essere all'altezza, di essere "scoperta" come inadeguata o di non riuscire a rispettare le aspettative degli altri genera un'ansia talmente intensa da sfociare in crisi acute. Questo avviene sia in contesti relazionali, quando teme che le sue scelte possano essere viste come sbagliate o inaccettabili, sia in ambiti di realizzazione personale, dove la pressione del dover dimostrare il proprio valore la porta a vivere momenti di forte stress.

Il quadro clinico suggerisce un'interazione complessa tra ansia, difficoltà identitarie, dinamiche ossessivo-compulsive nelle relazioni e un vissuto di sofferenza radicato in esperienze familiari difficili. L'obiettivo terapeutico sarà quello di aiutarla a ricostruire un senso di sé più stabile e autentico, lavorando sulla gestione dell'ansia, sulla sua capacità di stabilire confini sani nelle relazioni, sull'esplorazione della propria identità di genere e, in una fase successiva, sul processo di accettazione e integrazione di tale identità.

Descrizione del Problema

Carolina descrive gli attacchi di panico come esperienze improvvise e intense, caratterizzate da palpitazioni, sudorazione, tremori, mancanza di respiro e una sensazione di morte imminente. Questi attacchi si verificano sia in situazioni specifiche, come luoghi affollati o mezzi di trasporto, sia in contesti inaspettati. Carolina riferisce anche un'ansia anticipatoria significativa, che la porta a evitare situazioni che teme possano scatenare un attacco, limitando notevolmente la sua vita sociale e professionale. Ha smesso di dare gli esami all'università. Questo l'ha portata sia ad allontanarsi sempre di più dalla maggior parte delle amicizie, che aveva prima del trasferimento universitario, sia a vivere il resto delle relazioni in modo compiacente.

Sulla propria identità sessuale (identità di genere e orientamento sessuale) descrive pensieri disfunzionali, ha paura di quello che potrebbero pensare o dire di lei le persone che le sono intorno

e, soprattutto, quelle del proprio luogo d'origine. Definisce "non normale" l'attrazione che ha per le donne, soprattutto quelle più grandi di lei.

Il giudizio temuto da parte degli altri è strettamente legato a un proprio giudizio interno negativo e invalidante: la ragazza non si sente legittimata a essere ciò che è, perché percepisce la propria identità come instabile, costruita su fondamenta "sbagliate" o non genuine. Questo senso di non autenticità mina il processo di definizione del sé e alimenta un circolo vizioso di autocritica e ritiro, che va ben oltre la semplice paura di non essere accettata dagli altri.

La paziente, infine, vive la propria sessualità come un problema; descrive gli atti sessuali come meccanici, goffi e privi di reale coinvolgimento; la masturbazione è accompagnata da forti sensi di colpa; ha, rispetto all'atto sessuale, una percezione di sé come "diversa, noiosa, instabile".

Storia della sofferenza

Originaria di un piccolo paese di provincia, Carolina è la secondogenita (6 anni di differenza) di una famiglia di ceto economico/culturale medio. Sin dai primi anni di età, racconta la propria percezione corporea come afferente al genere maschile. Ricorda di aver capito di essere una femmina solo all'asilo quando vede per la prima volta i genitali maschili di un coetaneo.

La storia di Carolina rivela un'infanzia segnata da relazioni familiari complesse e da una costante sensazione di inadeguatezza. La relazione con la madre le ha sempre comportato molta sofferenza. Carolina la descrive come una persona infantile, ipercritica, manipolatoria e limitante: "questo non lo puoi fare, perché io ho paura", "è colpa tua se io sono triste".

La paura del giudizio, che porta Carolina a mostrare solo aspetti di sé ritenuti socialmente accettabili e a reprimere desideri e bisogni autentici per timore di essere respinta, affonda le sue radici nella relazione con la madre, figura centrale, ma al contempo fonte di profonda sofferenza. Fin dall'infanzia, Carolina si è trovata a ricoprire un ruolo di accudimento nei confronti della madre, in un'inversione dei ruoli tipici genitore-figlio. Questo schema relazionale ha contribuito allo sviluppo di una marcata difficoltà nell'espressione dei propri bisogni, favorendo una tendenza a subordinare le proprie necessità a quelle altrui. La madre, in base a quanto la paziente riferisce, è affetta da una condizione psichiatrica cronica, per la quale segue da tempo una terapia farmacologica, esercitando un'influenza significativa sulla formazione del senso di insicurezza di Carolina, alternando atteggiamenti svalutanti a richieste pressanti di attenzione. In contrasto con questa dinamica disfunzionale, il rapporto con la nonna ha, invece, rappresentato per Carolina una fonte di maggiore stabilità affettiva, offrendole un legame più prevedibile e nutriente, laddove la relazione materna si è mostrata costantemente incerta e ambivalente.

Il rapporto con il padre ha rappresentato un ulteriore fattore di vulnerabilità, contribuendo all'acquisizione di uno stile perfezionistico. Le sue richieste, spesso centrate su aspetti performativi, scolastici, sportivi e comportamentali, hanno favorito l'interiorizzazione di standard elevati e rigidi, alimentando la convinzione di dover costantemente dimostrare il proprio valore per essere riconosciuta e accettata. Una delle sequenze prese in esame in merito al perfezionismo correlato al valore di sé è stato: "papà mi ha sempre dato tutto: volevo la moto? Mi ha detto: "te la compro, a patto che impari a fare tutto, conoscere i motori, prendertene cura, non fare stronzate". Volevo fare calcio? Ho dovuto spiegargli perché volessi farlo e che sapevo come si giocava, quale erano le regole; in un certo senso dovevo meritarlo. Le difficoltà scolastiche, in particolare rispetto alla lettura e alla scrittura, hanno contribuito a costruire una bassa autostima e un senso di fallimento.

L'adolescenza di Carolina è stata segnata da un'intensa ansia sociale e da un profondo senso di incertezza rispetto alla propria identità sessuale, che ha generato in lei una forte ambivalenza nei confronti dei propri desideri e delle proprie relazioni. Fin dall'infanzia, ha vissuto esperienze affettive e sessuali con altre ragazze, ma ha sempre nascosto questo lato di sé alla famiglia e agli amici del suo paese d'origine, temendo il giudizio e il rifiuto. L'unica eccezione al segreto è stata una ragazza per cui provava, tuttavia, sentimenti contrastanti, caratterizzati da un'intimità profonda e, allo stesso tempo, da una latente ambiguità che non riusciva a definire con chiarezza.

Nelle sue amicizie femminili, Carolina tende a sviluppare un forte senso di idealizzazione, investendo emotivamente in modo intenso e vivendo la paura che i suoi sentimenti non siano ricambiati come prova della propria inadeguatezza. Questo la porta a instaurare rapporti molto stretti, ma allo stesso tempo permeati da ansia e senso di colpa, perché non sempre riesce a distinguere tra amicizia e attrazione e questo la fa sentire sbagliata o confusa.

Un ulteriore elemento che contribuisce al suo vissuto di incertezza è l'attrazione per donne più grandi, che Carolina percepisce come problematica e "anormale". Lei stessa la associa a un tentativo di colmare le mancanze affettive della figura materna, ma al tempo stesso riconosce una componente esplicitamente sessuale, che la pone in una condizione di conflitto interiore. Questa percezione è probabilmente influenzata dalla relazione difficile con la madre, che, fin da quando Carolina era bambina, ha svalutato le sue preferenze e i suoi interessi, criticandola per il modo in cui si vestiva e per le sue inclinazioni, considerate troppo maschili rispetto alle aspettative sociali. Questo giudizio precoce ha contribuito a radicare in lei la sensazione di non essere adeguata, alimentando il bisogno di conformarsi e il timore di essere respinta.

Nel corso dell'adolescenza, queste difficoltà si sono intensificate, portandola a sviluppare un rapporto ambivalente con l'alcol e le sostanze, utilizzate come strategia di evitamento per gestire il

disagio e la paura di esporsi. In questo contesto di vulnerabilità, sono emersi i primi attacchi di panico, spesso in concomitanza con eventi stressanti o cambiamenti significativi, come la necessità di confrontarsi con la propria identità in situazioni sociali o il rischio di essere "scoperta" nelle sue emozioni. La sua narrazione riflette un costante bisogno di connessione e approvazione, che però è continuamente ostacolato dalla paura del giudizio e dalla sensazione di non essere mai completamente al sicuro nell'esprimere chi è davvero.

Profilo interno del disturbo

Carolina presenta un vissuto pervasivo di inadeguatezza, accompagnato da una percezione di sé come debole e incapace. Questa rappresentazione interna negativa si estende trasversalmente ai diversi ambiti della sua vita, influenzando in modo significativo la sua autostima e il senso di efficacia personale. Tende, inoltre, ad attribuire agli altri un giudizio critico nei suoi confronti, percependosi frequentemente oggetto di valutazione negativa.

Le situazioni più difficili da affrontare sono sempre legate ai rapporti con i pari, specialmente nel contesto del suo paese d'origine, dove si sente costantemente sotto osservazione. Uscire con gli amici diventa un'esperienza ambivalente: da un lato desidera il contatto e l'inclusione, dall'altro sperimenta un profondo disagio che la porta a sentirsi fuori posto e inadeguata. Questa insicurezza si collega a una visione di sé molto rigida e svalutante: si definisce come una persona che non è in grado di fare nulla da sola; un pensiero che, però, contrasta con le sue reali capacità. Da rilevare, infatti, che, quando ha dovuto interrompere gli studi a causa dell'ansia, Carolina è, tuttavia, riuscita a trovare ben due lavori in cui si è dimostrata competente e capace. Inoltre, è una persona sportiva, con una forte connessione con la natura, aspetti che rivelano risorse importanti che però fatica a riconoscere come parti di sé.

L'analisi del profilo interno del disturbo di Carolina evidenzia una serie di schemi cognitivi e relazionali che contribuiscono al mantenimento del suo Disturbo da Attacchi di Panico (DAP). La sua ansia è fortemente radicata nella percezione che ogni sensazione fisica inaspettata possa essere il segnale di un pericolo imminente. Quando avverte un'accelerazione del battito cardiaco, un senso di vertigine o una tensione muscolare improvvisa, interpreta questi segnali come premonitori di un evento catastrofico, come perdere il controllo o addirittura morire. Il timore di stare male in presenza degli altri si intreccia con la paura di diventare un peso per loro, alimentando un circolo vizioso in cui il panico non è solo legato alla paura della propria sofferenza, ma anche all'idea di essere fonte di preoccupazione o fastidio per chi le sta vicino. Questo meccanismo la porta a evitare

situazioni che percepisce come rischiose, in particolare quelle sociali, e a sviluppare una sensazione di isolamento e impotenza.

Dal punto di vista metacognitivo, Carolina attribuisce un valore positivo alla preoccupazione, considerandola un meccanismo essenziale per essere preparata alle difficoltà. Tuttavia, questa strategia le si ritorce contro, perché la costante anticipazione del pericolo la tiene in uno stato di allerta continua, impedendole di sperimentare la possibilità che le cose possano andare diversamente. Contemporaneamente, vive i propri pensieri come qualcosa di incontrollabile: quando l'ansia emerge, sente di non avere alcun potere su di essa e si convince che non riuscirà mai a liberarsene. Questo rafforza ulteriormente il senso di blocco rispetto al futuro, come se ogni errore passato fosse una condanna inevitabile a ripetersi.

Un altro aspetto centrale è la sua sensibilità interpersonale, fortemente legata al contesto familiare. Fin da piccola, Carolina ha imparato a mettere da parte i propri bisogni per occuparsi degli altri, in particolare della madre, con la quale ha avuto un rapporto di cura invertito. Questo schema si riflette oggi nella difficoltà a dire di no e nell'incapacità di esprimere chiaramente i propri desideri ed emozioni, poiché sente di dover sempre essere disponibile per chi le chiede qualcosa. Il bisogno di non deludere gli altri diventa quindi un ulteriore fattore di vulnerabilità, esponendola a relazioni sbilanciate e alla tendenza a mettere i bisogni altrui al di sopra dei propri. Il panico diventa, in questo quadro, non solo un segnale di allarme, ma anche l'espressione di un conflitto più profondo tra il desiderio di autodeterminarsi e la paura di non essere accettata se dovesse davvero esprimere chi è e ciò che vuole.

Fattori e processi di mantenimento

Il Disturbo da Attacchi di Panico di Carolina si radica in un insieme complesso di fattori cognitivi, emotivi e relazionali che si alimentano a vicenda, mantenendo vivo il circolo dell'ansia e della paura.

Uno degli elementi più significativi è l'evitamento: di fronte a situazioni che percepisce come minacciose, la sua strategia istintiva è quella di sottrarsi, allontanandosi dall'evento o cercando rassicurazioni esterne. Sebbene nel breve termine questa tattica le offra un senso di sollievo, nel lungo periodo rafforza la convinzione di non essere in grado di affrontare le proprie paure, riducendo progressivamente la sua autonomia e aumentando la dipendenza dagli altri. L'evitamento diventa così una trappola: ogni volta che scappa da una situazione ansiogena, conferma a se stessa di non poterla gestire, accrescendo ulteriormente il senso di fragilità e insicurezza.

A rafforzare questo meccanismo c'è una marcata ipervigilanza nei confronti delle proprie sensazioni fisiche. Carolina è costantemente attenta a qualsiasi cambiamento nel suo corpo, interpretando ogni minimo segnale – un battito cardiaco accelerato, una sensazione di vertigine, un nodo alla gola – come il presagio di un evento catastrofico. Questa lettura distorta non solo intensifica l'ansia, ma innesca un ciclo di paura che si autoalimenta: più si concentra sulle sensazioni, più queste aumentano, fino a sfociare in veri e propri attacchi di panico. Il problema non è solo il timore di stare male, ma anche la paura che gli altri possano accorgersene e giudicarla, alimentando così un senso di inadeguatezza ancora più profondo.

In questo contesto, l'uso di alcol e sostanze ha rappresentato per Carolina un tentativo di coping disfunzionale. Durante l'adolescenza, il loro consumo è diventato un modo per attenuare l'ansia sociale e la confusione riguardo alla propria identità. Tuttavia, invece di aiutarla a superare le difficoltà, questa strategia ha contribuito a radicare ulteriormente la sua insicurezza, esponendola al rischio di sviluppare una dipendenza e aumentando il senso di perdita di controllo.

Anche sul piano relazionale, Carolina ha sviluppato schemi che contribuiscono al mantenimento del suo disagio. La paura del giudizio la porta a mostrare agli altri solo una parte di sé, quella che ritiene più accettabile, trattenendo i suoi veri desideri e bisogni per timore di essere respinta. Questo atteggiamento si riflette in una costante ricerca di approvazione e affetto, che la espone al rischio di accettare comportamenti svalutanti o manipolatori pur di non sentirsi abbandonata. Le sue relazioni affettive sono spesso caratterizzate da una dinamica di dipendenza: fatica a porre confini chiari, si adatta alle richieste dell'altro e tende ad annullarsi, specialmente nelle relazioni più significative. Un esempio evidente è la sua storia con l'ex ragazzo, un rapporto in cui si è sentita controllata e sminuita, senza riuscire a opporsi.

Queste esperienze hanno alimentato un quadro di ansia generalizzata, che non si limita agli attacchi di panico, ma si estende a ogni ambito della sua vita. Carolina si preoccupa in modo eccessivo e pervasivo di molteplici aspetti: la sua salute, le sue relazioni, il suo futuro. La sua mente è costantemente impegnata in un dialogo interno negativo, in cui eventi passati vengono "ruminati" all'infinito e il futuro viene visto attraverso una lente catastrofica. Questa ansia persistente è alimentata da credenze metacognitive disfunzionali: da un lato, Carolina è convinta che preoccuparsi sia necessario per essere preparata alle difficoltà, dall'altro sente di non avere alcun controllo sui suoi pensieri, vivendo la sua mente come un luogo caotico e fuori controllo.

Tutto questo contribuisce a creare una sensazione di blocco, un'incapacità di immaginare un futuro sereno per sé stessa. Sebbene abbia dimostrato di avere risorse e capacità – riuscendo, ad esempio, a trovare due lavori in cui si è distinta nonostante le difficoltà – non riesce a riconoscere il

proprio valore. Si vede fragile, incapace, dipendente dagli altri, quando in realtà ha già dimostrato di essere molto più forte di quanto crede.

Scompenso e vulnerabilità

Lo scompenso nel caso di Carolina si è verificato in un periodo di transizione significativa, quando ha dovuto affrontare nuove responsabilità professionali e relazionali. L'aumento dello stress e la mancanza di strategie di coping efficaci hanno portato a un'intensificazione degli attacchi di panico e a un aumento dell'evitamento. Il tutto aggravato dalla relazione affettiva con l'ex ragazzo, svalutante e manipolatorio.

La vulnerabilità di Carolina al DAP è multifattoriale. Fattori genetici e biologici possono aver contribuito a una predisposizione all'ansia. Esperienze infantili negative, come le difficoltà scolastiche e le relazioni familiari complesse, hanno contribuito a una bassa autostima e a una scarsa capacità di gestire lo stress. Inoltre, il suo senso di incertezza riguardo all'identità sessuale e i conflitti relazionali hanno aumentato la sua vulnerabilità al disturbo.

Trattamento psicoterapeutico

Il trattamento psicoterapeutico di Carolina si basa sull'approccio cognitivo-comportamentale. Le componenti principali del trattamento includono:

Contratto e scopo della terapia. L'obiettivo principale della terapia è aiutare Carolina a sviluppare una maggiore consapevolezza dei suoi processi metacognitivi e interpersonali, a modificare le credenze disfunzionali e a sviluppare strategie di coping più efficaci per gestire l'ansia e migliorare le sue relazioni. Il contratto terapeutico prevede un lavoro collaborativo tra terapeuta e paziente, con un focus sull'esplorazione dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti.

Valutazione. La valutazione iniziale prevede l'utilizzo di strumenti standardizzati per misurare l'ansia, la depressione e le credenze metacognitive (Beck Anxiety Inventory = 35, severe anxiety, Beck Depression Inventory = 21, moderate depression, Metacognitions Questionnaire-30 = 102). Durante la terapia, vengono utilizzate tecniche di monitoraggio dei pensieri e delle emozioni per valutare i progressi e identificare le aree di difficoltà.

Psicoeducazione. Fornire informazioni accurate sul DAP e sui meccanismi che lo mantengono.

Modificare le credenze Metacognitive. Identificare e modificare i pensieri e le credenze disfunzionali che contribuiscono all'ansia.

Distacco Consapevole (Detached Mindfulness). Insegnare a Carolina a osservare i suoi pensieri come eventi mentali transitori, senza reagire o controllarli.

Esposizione Enterocettiva. Indurre deliberatamente sensazioni fisiche simili a quelle provate durante gli attacchi di panico per ridurre la paura e l'evitamento.

Gestione della Preoccupazione tramite il “Posticipo della Preoccupazione”: Carolina stabilisce un momento specifico per preoccuparsi, limitando la ruminazione durante il resto della giornata.

Valutazione dei Costi e Benefici della Preoccupazione. Carolina esamina criticamente le sue credenze positive sulla preoccupazione, valutando se i presunti benefici superano i costi emotivi e comportamentali.

Esposizione In Vivo. Affrontare gradualmente le situazioni temute per ridurre l'ansia e l'evitamento.

Training di Rilassamento. Apprendere tecniche di rilassamento per ridurre l'attivazione fisiologica e gestire l'ansia.

Inoltre, il trattamento di Carolina include un focus sull'esplorazione della sua identità sessuale e sul miglioramento delle sue capacità relazionali.

Il trattamento psicoterapeutico di Carolina si basa sull'integrazione dei principi della Terapia Metacognitiva (MCT) e di un focus sulle dinamiche interpersonali e l’utilizzo di alcuni strumenti provenienti dall’ Acceptance and Commitment Therapy (ACT) per aiutarla a gestire i pensieri di vergogna e senso di colpa.

Descrizione della Terapia

Fase 1: Psicoeducazione e Concettualizzazione del Caso: Fornire informazioni sul DAP, sulla MCT e sulle dinamiche interpersonali rilevanti nel caso. Aiutarla a comprendere come le sue credenze metacognitive e i suoi schemi relazionali contribuiscono al mantenimento del disturbo. Sono stati forniti supporti cartacei, per concettualizzare il disturbo, sia da un punto di vista evolutivo, neurobiologico che psicologico. Il circuito del Panico è stato molto utile alla paziente per identificare i fattori di mantenimento, l’utilizzo dello schema dei tre cerchi della Compassion Focused Therapy (CFT),(Gilbert, 2009) ha aiutato la paziente ad identificare le aree su cui voleva maggiormente lavorare.

Fase 2: Modifica delle Credenze Metacognitive: Utilizzare tecniche come il "dibattito socratico", “probabilità cumulativa” e gli "esperimenti comportamentali" per sfidare le credenze metacognitive disfunzionali di Carolina. Aiutarla a sviluppare credenze più realistiche e flessibili sui suoi pensieri e sulle sue emozioni. Alcuni eventi sono stati presi in esame tramite imagery rescripting, ad esempio: “quando ero piccola mi diceva che non ero capace a fare nulla, stava sempre a letto”, “non potevo invitare nessuno a casa”, “quando aveva le sue crisi, c’ero io con lei, papà anche ma è

sempre stato al lavoro, mia sorella invece mi ricordo che si arrabbiava e basta, è per questo che se ne è andata presto". Un altro evento significativo target è stato: "da piccola avevo super paura del buio, mia sorella non voleva lasciare la luce accesa, quindi io piangevo, mi ricordo che mia nonna una volta mi disse che potevo dormire con lei, ero felice perché sentivo che mi avrebbe protetta. Quando lo seppe mamma, lei, per non discutere con la figlia, si rimangiò tutto. Come se fosse colpa mia se avevo paura. Mi sembrava sempre che loro due litigassero sempre, io ero solo un pretesto". Appare chiaro come il wish della paziente sia inerente all'attaccamento, l'essere difesa, vi è un forte rimuginio sull'essere valutata negativamente e quindi con una tendenza comportamentale all'evitamento e all'ipercontrollo, caratterizzato da una deprivazione della sfera esplorativa.

Fase 3: Distacco Consapevole (Detached Mindfulness): Insegnare a Carolina a osservare i suoi pensieri come eventi mentali transitori, senza reagire ad essi o cercare di controllarli. Sono stati utilizzati sia esposizione e prevenzione della risposta (Erp) che esercizi di mindfulness per promuovere la consapevolezza del momento presente e la capacità di accettare le proprie esperienze interne.

Fase 4: Modifica dei Cicli Interpersonali Disfunzionali: Identificare e analizzare i cicli interpersonali disfunzionali di Carolina, aiutandola a comprendere come i suoi schemi relazionali contribuiscono al mantenimento del disturbo. Utilizzare tecniche come la "ristrutturazione cognitiva", il "role-playing" e strumenti ACT per sviluppare modalità di interazione più sane e assertive.

Fase 5: Consolidamento e Prevenzione delle Ricadute: Aiutare Carolina a consolidare le strategie di coping apprese durante la terapia e a sviluppare un piano per prevenire le ricadute future.

Nel corso della terapia, è stato dedicato uno spazio specifico all'esplorazione e alla chiarificazione delle dimensioni relative all'identità di genere e all'orientamento sessuale. Attraverso l'utilizzo di materiale psicoeducativo è stato proposto alla paziente il seguente modello grafico semplificato (fig. 1), per stimolare la riflessione sull'identità sessuale come un intreccio dinamico e complesso di dimensioni che comprendono: l'identità di genere, intesa come senso soggettivo di aderenza al proprio sesso biologico, che, in quanto tale, può collocarsi anche al di fuori del binarismo maschio/femmina, e l'orientamento sessuale, inteso come direzione dell'attrazione affettiva e/o sessuale, indipendentemente dall'identità di genere percepita.

È stata inoltre affrontata la tematica dell'omofobia interiorizzata, analizzandone il ruolo nel generare vissuti di vergogna e autocritica, e nel contribuire a una rappresentazione di sé negativa e distorta. L'interiorizzazione di messaggi sociali svalutanti rispetto all'omosessualità e alla fluidità di

genere si è rivelata un fattore centrale nella costruzione di una percezione di sé come “sbagliata” o “inadeguata”.

Un passaggio rilevante del lavoro terapeutico ha riguardato l’identificazione e la messa in discussione delle credenze disfunzionali legate ai ruoli di genere. Attraverso la tecnica della ristrutturazione cognitiva si è lavorato sull’analisi critica di pensieri automatici del tipo “una donna dovrebbe essere attratta solo dagli uomini” o “se provo attrazione per una donna, allora forse non sono davvero una donna”. Si è ricorso a esercizi di esame delle prove a favore e contro queste convinzioni, evidenziando come molte di esse si basassero su stereotipi sociali e non su elementi validati dall’esperienza personale.

Parallelamente, sono stati introdotti concetti relativi al genere come costrutto sociale, favorendo una riflessione più flessibile e personalizzata su cosa significhi “essere donna” o “essere uomo”, e aprendo alla possibilità che il proprio vissuto identitario non debba necessariamente conformarsi a ruoli predefiniti o aspettative esterne.

La paziente ha mostrato apertura e interesse nell’esplorazione di queste tematiche. Tale consapevolezza ha rappresentato un punto di svolta nel percorso terapeutico, favorendo una maggiore accettazione di sé e una progressiva riduzione del conflitto interno legato all’identità.

Conclusione

Il caso di Carolina evidenzia la complessità del Disturbo da Attacchi di Panico, soprattutto quando si presenta in comorbilità con vissuti legati all’identità e all’orientamento sessuale. L’intervento terapeutico ha richiesto un approccio integrato e flessibile, capace di tenere conto non solo dei fattori cognitivi, comportamentali ed emotivi, ma anche delle dinamiche relazionali e delle esperienze di omofobia interiorizzata.

Il trattamento cognitivo-comportamentale si è dimostrato efficace nella riduzione della frequenza e dell’intensità degli attacchi di panico, nel contenimento dell’ansia anticipatoria e nella promozione di un senso più stabile di autoefficacia. Parallelamente, si è osservato un progressivo miglioramento dell’autostima e una maggiore capacità da parte della paziente di riconoscere e validare i propri stati interni.

Tuttavia, il percorso terapeutico si è rivelato particolarmente impegnativo in quanto intrecciato con tematiche identitarie profonde e con la presenza di schemi maladattivi precoci legati all’attaccamento, in particolare alla ricerca di approvazione e alla paura dell’abbandono. Le metacredenze disfunzionali legate alla sessualità e all’identità di genere, pur se esplorate e in parte ristrutturate, permangono come aree di significativa vulnerabilità. L’omofobia interiorizzata,

componente spesso silente e trasversale nelle situazioni di minority stress, si sta rendendo accessibile solo ora, grazie al consolidamento dell'alleanza terapeutica e alla creazione di uno spazio sicuro di esplorazione.

Questo caso sottolinea quanto sia complesso il lavoro clinico con pazienti che vivono dimensioni multiple di vulnerabilità. Le patologie correlate al minority stress, infatti, presentano frequentemente un'alta comorbilità e richiedono un inquadramento diagnostico e terapeutico che non si limiti alla sintomatologia manifesta, ma che sappia includere le esperienze soggettive di esclusione, giudizio e invisibilità. La presenza simultanea di fattori individuali, interpersonali e socio-culturali rende imprescindibile un lavoro terapeutico approfondito, capace di integrare la gestione dei sintomi con la ricostruzione di un senso di sé più autentico, legittimato e stabile.

La paziente è attualmente seguita con cadenza settimanale da circa sei mesi, e mostra una progressiva apertura verso la rielaborazione di aspetti identitari complessi, pur permanendo elementi di fragilità che richiederanno tempo e continuità per essere affrontati in modo più profondo.

Bibliografia

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. Behaviour Research and Therapy, 24(4), 461-470.

Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2014). Mastery of Your Anxiety and Panic: Workbook (Treatments That Work) (5th ed.). Oxford University Press.

Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons.

Gilbert, P. (2009). The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. New Harbinger.

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

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