psicoterapeuti in-formazione

2024, NUMERO 34

Il caso di A: tra abbandono scolastico e accettazione radicale

Giulia Giannetti

Psicologa, Psicoterapeuta, PhD

Riassunto

A. è una ragazza di 16 anni, presenta stati mentali di indegnità e vulnerabilità, che alimentano stati emotivi intensi di tristezza, solitudine e rabbia da mancato accudimento. Teme il giudizio altrui e il rifiuto, motivo per cui tende all'isolamento sociale. Per regolare questi stati mentali problematici, utilizza strategie di mastery disfunzionali come abbuffate, minacce suicidarie, cutting e agiti rabbiosi. La percezione di scarsa agency la porta a sentirsi incapace di gestire le proprie emozioni e a chiedere costante aiuto esterno, rafforzando l'idea di non avere controllo e incrementando la sua inattività e il senso di fallimento. In ambito scolastico, l'idea di sé come vulnerabile genera vissuti di minaccia e ansia anticipatoria, con conseguenti condotte di evitamento che l'hanno portata durante la prima parte della terapia ad abbandonare la scuola. Un passaggio fondamentale all'interno del processo terapeutico è stato, grazie al lavoro di supervisione, riconoscere come io stessi progressivamente spostando il focus dai bisogni della paziente al mio personale bisogno di evitare che perdesse l'anno scolastico. Tale consapevolezza ha permesso di riformulare l'abbandono scolastico non come un fallimento, ma come un tentativo adattivo e funzionale della paziente di anticipare e gestire le oggettive criticità presenti nel contesto scolastico. Questa riconsiderazione ha facilitato la comprensione dell'accettazione radicale intesa come accoglienza dei limiti imposti sia dalla paziente sia dalla realtà contingente, permettendomi di evitare interventi prematuri che, se forzati, avrebbero potuto riattivare dinamiche disfunzionali e incrementare il rischio suicidario. L'abbandono scolastico ha infatti determinato l'interruzione dei comportamenti autolesivi e delle minacce suicidarie e ha permesso alla paziente di poter lavorare su altri obiettivi per lei importanti.

Parole chiave: Disturbo da Alimentazione Incontrollata, Disturbo Evitante, Disturbo Borderline, NNSI, adolescenza, BDT, accettazione radicale

The case of A: between school dropout and radical acceptance

Summary

A. is a 16-year-old girl who presents with mental states characterized by feelings of unworthiness and vulnerability, which fuel intense emotional experiences of sadness, loneliness, and anger linked to perceived lack of care. She fears judgment and rejection, leading her to withdraw socially. To regulate these problematic mental states, she relies on dysfunctional mastery strategies such as binge eating, suicidal threats, self-harm

Giulia Giannetti, Il caso di A: tra abbandono scolastico e accettazione radicale, *N. 34, 2024, pp. 87-99.*
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.itt

(cutting), and aggressive outbursts. Her perception of low agency makes her feel incapable of managing her emotions, prompting her to seek constant external support, which in turn reinforces her sense of helplessness and increases her inactivity and feelings of failure. In the school setting, her self-perception as vulnerable triggers a sense of threat and anticipatory anxiety, leading to avoidant behaviors that, in the first phase of therapy, culminated in school dropout. A pivotal moment in the therapeutic process came, through supervision work, when I was able to recognize how I had progressively shifted the focus from the patient's needs to my own need to prevent her from losing the school year. This awareness allowed for a reframing of the school dropout not as a failure, but as an adaptive and functional attempt by the patient to preemptively manage the real challenges present in the academic environment. This reframing facilitated a deeper understanding of radical acceptance, seen as the acknowledgment and embracing of limits imposed both by the patient and by the surrounding reality. It helped prevent premature interventions which, if forced, could have reactivated dysfunctional dynamics and increased the risk of suicidality. Indeed, the school withdrawal led to the cessation of self-harming behaviors and suicidal threats, enabling the patient to focus on other personally meaningful therapeutic goals

Introduzione

A.16 anni vive in un quartiere periferico di Roma con i genitori, un fratello di 8 anni e una sorella di 19 anni che frequenta l'ultimo anno di scienze umane e lavora sporadicamente come onicotecnica a domicilio. A. ha un peso di 85 chili su un'altezza di 165 cm. Il BMI è 31,22 (obesità di I grado).

Il padre ha 52 anni e ha un banco di ortofrutta. La madre ha 47 anni e lavora presso un supermercato nel reparto macelleria. Frequenta il II anno del liceo linguistico con una media del 6.9 in quasi tutte le materie ad esclusione di matematica (media del 5,6) e italiano (media del 4,8). Nel 2015 le è stato diagnosticato un DSA con compromissione delle abilità aritmetiche in associazione a fragilità a livello di tratto grafico. Il Piano Didattico Personalizzato è stato attivato a Maggio 2023.

Rispetto alle relazioni sentimentali A. riferisce una prima relazione sentimentale online della durata di tre settimane iniziata ad Aprile 2021 e da lei definita "*tossica*". Ad ottobre 2022 intraprende una seconda relazione con una ragazza della sua scuola con cui ha dei momenti di intimità che non arrivano al rapporto sessuale completo. A. riferisce di essere stata allontanata da questa ragazza perché ancora incerta rispetto al suo orientamento sessuale. A. ha due amiche con cui dice di trovarsi bene ma con cui attualmente non esce molto. La paziente mi viene inviata, in regime privato. Attualmente è seguita dalla neuropsichiatra nel contesto pubblico, per un disturbo dell'adattamento diagnosticato durante un ricovero effettuato l'UO di Neuropsichiatria Infantile di un ospedale di Roma dal 05/12/2022 al 06/12/2022. A. accedeva in PS, su suggerimento della psicoterapeuta che l'aveva in carico, in data 05/12/2022 per ideazione suicidaria.

La paziente ha effettuato un percorso di psicoterapia per una sintomatologia ansiosa con

manifestazioni di panico nel 2021 della durata di circa 2 mesi e successivamente, un secondo percorso di psicoterapia da Gennaio 2022 ad Aprile 2023(circa).

Attualmente riferisce di assumere la seguente terapia farmacologica prescritta in dimissione:

- Aripiprazolo 2 mg/die la mattina
- Gabapentin 300 mg x3/die
- Melatonina (di cui non ricorda il dosaggio)
- Tensiopram 30 gtt/die

Da quando assume la terapia farmacologica riferisce beneficio nel riposo notturno e ad oggi un ritmo sonno veglia regolare nonostante al mattino manifesti stanchezza e difficoltà ad alzarsi dal letto.

Nonostante un miglioramento iniziale, A. riporta un riacutizzarsi dei pensieri di morte negli ultimi 2 mesi. Riferisce di assumere in autonomia la terapia farmacologica in quanto i genitori sono spesso fuori casa per lavoro negli orari in cui avrebbe dovuto assumere i farmaci.

Si presenta in orario al primo appuntamento, accompagnata dalla madre e dal padre: quest'ultimo rimane ad attenderla in macchina per difficoltà nel trovare il parcheggio.

A. appare disponibile al colloquio e collaborativa. Curata nell'aspetto, nell'abbigliamento e nei modi. Indossa abiti larghi e sportivi (negli incontri successivi indosserà top sempre più succinti e pantaloni aderenti). Lucida, orientata rispetto al tempo, allo spazio e alla propria persona. Lo sguardo incontra quello dell'interlocutore durante le risposte ma spesso non lo sostiene quando le vengono formulate le domande. Non sono emersi disturbi delle capacità attentive e mnesiche. L'eloquio è agevole. Il linguaggio è adeguato. Non si evidenziano alterazioni del contenuto del pensiero. Il tono dell'umore appariva orientato verso le basse polarità. Comportamento motorio e mimica in linea con l'affettività. Non segni indiretti ascrivibili a disturbi della sfera percettiva. Nega uso attuale e/o pregresso di sostanze e/o bevande alcoliche. Nega abitudine tabagica. Assenza di patologie mediche conosciute.

Descrizione dei problemi presentati

A. riferisce, negli ultimi 6 mesi, una sintomatologia ansiosa con manifestazioni di panico caratterizzata da tachicardia, tremori, vertigini, respiro corto e da episodi di pianto con tendenza a tirarsi i capelli, che si manifestano con una frequenza giornaliera a casa ma soprattutto in ambito scolastico e per cui A. chiede agli insegnanti di chiamare i genitori per essere riportata a casa "*quando vengono a prendermi mi calmo*". Durante i primi colloqui A. manifestava la volontà di non rientrare a scuola in quanto gli episodi di ansia non erano gestibili e minacciava conseguentemente,

qualora i genitori l'avessero obbligata ad andare, ideazione anticonservativa "*se ci vado mi butto dalla finestra*" per cui mi faceva richiesta esplicita di una certificazione che attestasse la sua impossibilità a frequentare gli ultimi giorni di scuola al fine di evitare la bocciatura.

Dal 2021 ad oggi sono presenti pensieri di morte e minacce anticonservative che mette in atto quotidianamente nei confronti della madre associato ad agiti di rabbia (urlare, dare pugni al muro). Dall'età di 13 anni, A. riporta pregressi episodi di autolesionismo non a scopo suicidario (cutting superficiale su braccia e gambe) praticati con una lametta e che interrompe ad Agosto 2022, quando viene scoperta dai genitori. Attualmente A. ha ripreso a tagliarsi superficialmente con la lametta sulle braccia con una frequenza di due volte a settimana da Febbraio 2023.

Sono presenti condotte alimentari disfunzionali, caratterizzate da episodi di abbuffate che si manifestano con una frequenza quotidiana e sono caratterizzate da perdita di controllo e successivi sensi di colpa in assenza di condotte compensatorie. Le abbuffate sono esordite nel 2021: inizialmente, per circa 6 mesi, erano seguite da episodi di VAI. E' presente una marcata insoddisfazione per le forme corporee. Dal 2021 ad oggi A. riporta un incremento ponderale di circa 25 chili partendo da un peso iniziale di 60 chili.

Sono presenti difficoltà relazionali con il timore di essere rifiutata o giudicata "*strana*" per cui tende a isolarsi e a preferire attività solitarie (stare su instagran/tik tok, ascoltare musica).

L'umore è tendenzialmente disforico tutti i giorni per la maggior parte del giorno. Sono presenti astenia, difficoltà di concentrazione e tendenza a rimanere a letto per diverse ore. La paziente riferisce episodi caratterizzati da scarso controllo della rabbia che agisce dando pugni contro il muro.

Secondo quanto riferito dalla paziente emerge un quadro disarmonico di funzionamento globale.

Ipotesi diagnostica: disturbo da alimentazione incontrollata in disturbo evitante della personalità.

In comorbidità:

- NNSI
- Disturbo borderline della personalità.

L'esordio appare riconducibile alla terza elementare: A. racconta di essere stata bullizzata dalla maestra che la derideva davanti a tutti i suoi compagni durante lo svolgimento in classe degli esercizi di matematica. Racconta inoltre, nonostante la richiesta di aiuto, di non essere stata creduta dai genitori (in particolar modo la madre) i quali, durante un colloquio con la maestra, avrebbero dato ragione a quest'ultima. A. riferisce di aver sperimentato in quel periodo vissuti di rabbia e solitudine "*ero arrabbiata, nessuno mi credeva. Mi sentivo tanto sola. Mi chiudevo in camera mia*

ad ascoltare la musica e a guardare il cellulare". Successivamente alla nascita del fratello, nel 2016, riferisce di aver agito la rabbia prendendo un coltello dalla cucina con lo scopo di tagliarsi la gola: "*mi sono sentita messa da parte, c'era solo lui, da un giorno all'altro non ho potuto più dormire nel letto con i miei genitori. Stavo troppo male, sono andata in cucina e ho preso un coltello e me lo sono messo sulla gola ma poi non ce l'ho fatta, pensavo a quanto sarebbero stati male i miei genitori, mia sorella, non potevo farlo e ho rimesso il coltello a posto*".

Scompenso

A Dicembre 2022 a seguito dell'interruzione di una relazione sentimentale durata un mese con una compagna di scuola, A. riferisce ansia e stati mentali di abbandono con conseguente ideazione suicidaria tale per cui prendeva un coltello e lo nascondeva sotto il cuscino del suo letto. Nella stessa sera inviava un messaggio di addio alle sue due amiche, spegneva il telefono lasciando la porta della sua stanza chiusa (non a chiave) e portandosi il coltello ai polsi. Interrompeva il tentativo anticonservativo solo grazie all'irruzione nella stanza della sorella e dei genitori allertati dalle amiche di A. Seguiva ricovero dal 05/12/2022 al 06/12/2022.

Profilo interno

A intrattiene alcune specifiche credenze su di sé:

Indegnità: la rappresentazione di Sé come indegna di amore attiverebbe in A. stati emotivi di tristezza e profonda solitudine, con sentimenti cronici di vuoto e abbandono, che la porterebbero ad evitare i contatti sociali per paura di incorrere nel giudizio altrui ed essere quindi rifiutata. A. prova a modulare questi stati emotivi con strategie di Mastery di I livello (abbuffate) che si rivelano tuttavia poco efficaci in quanto non risolvono gli stati mentali problematici e alimentano, successivamente, un ulteriore stato mentale di auto invalidazione con sentimenti di disprezzo verso se stessa ("fai schifo, sei grassa, sei difettosa) che andrebbe a confermare e supportare la credenza di indegnità e difettosità. La rappresentazione di indegnità attiverebbe inoltre lo stato mentale di rabbia da mancato accudimento, nelle relazioni affettive, rispetto al tema del torto subito, dell'ingiustizia e del rifiuto con pensieri del tipo "non me lo merito, non è giusto!" che proverebbe a gestire con comportamenti quali minacce suicidarie, cutting e pugni contro il muro.

Vulnerabilità: la rappresentazione di Sé come vulnerabile, presente soprattutto in ambito scolastico, eliciterebbe gli stati mentali di minaccia e solitudine/abbandono per cui A. sperimenterebbe ansia intensa rispetto alla possibilità di avere un attacco di panico in un contesto in cui si troverebbe sola, senza aiuto e non creduta dai professori e dal gruppo classe.

Pertanto metterebbe in atto condotte di evitamento (non andare a scuola o chiedere l'aiuto dei familiari per essere riportata a casa) al fine di ridurre l'attivazione emotiva che riferisce di sperimentare come "intollerabile". Queste condotte mantengono e alimentano il problema in quanto, quando si trova a casa da sola, A. attiverebbe un rimuginio rispetto alla sensazione di essere senza speranza (secondario). Le continue assenze scolastiche e l'abbandono sociale le fanno sperimentare vissuti di fallimento che incrementano la sua inattività.

A., avendo un tratto perfezionista, quando riesce ad applicarsi nelle attività come quella scolastica, riesce ad avere un buon rendimento che tuttavia appare ostacolato dalla presenza di stati emotivi che sperimenta come intollerabili. A. ha pertanto la percezione di non avere un controllo su eventi, azioni e scelte e sente di non poter regolare gli stati emotivi problematici. Lo schema del sé di scarsa agency determina vissuti di sofferenza dove A. sperimenta la sensazione di non farcela da sola per cui tende a chiedere aiuto agli altri o a mettere in atto condotte di evitamento che incrementano in lei la sensazione di scarsa autonomia e controllo. Se l'altro non la aiuta A. sperimenta stati emotivi intensi che per cui mette in atto condotte di mastery di primo livello.

Credenze sull'altro: Rifiutante/abbandonico/giudicante

Lo scopo centrale è: essere amata/creduta/autonoma

L'antiscopo è: non rimanere sola

Disfunzioni della meta cognizione: differenziazione, decentramento, integrazione.

Fattori e processi di mantenimento

Fattori di mantenimento intrapsichici è presente un bias confirmatorio: la credenza di A. rispetto ad un altro rifiutante, incapace di darle amore e attenzione la porta ad avere un'attenzione selettiva per delle informazioni che confermino le proprie credenze (sguardo dei professori o indifferenza dei compagni di classe), ad essere ipervigile rispetto ai segnali di disapprovazione, critica e rifiuto e a distorcere anche stimoli neutri. L'ambiente familiare, in particolar modo il comportamento materno che A. sperimenta come rifiutante, aggressivo e svalutante sembrerebbe rinforzare la rappresentazione di sé come indegna di amore e determinare vissuti di rabbia da ingiustizia subita. A causa dell'invalidazione ambientale e dell'autoinvalidazione A. fatica a riconoscere i propri stati emotivi e a trovare un'autoregolazione. Queste difficoltà incrementano in lei la sensazione di difettosità e indegnità.

È presente, inoltre, anxiety sensitivity per cui, una risposta fisiologica di ansia rispetto alla possibilità di essere interrogata, viene vissuta da A. come spaventosa fino a configurare, a volte, un

Attacco di Panico.

Fattori di mantenimento interpersonali: la rappresentazione di vulnerabilità e di scarsa self agency attiverebbe, nei contesti relazionali, cicli interpersonali di allarme di fronte ad un altro che percepisce come incapace di fornirle l'aiuto che sente il diritto di dover ricevere.

Vulnerabilità

Durante i colloqui A. si descrive come una bambina da sempre timida, chiusa e che si sarebbe dovuta gestire e sbrigare "sempre tutto da sola". Descrive la figura materna come da sempre impermeabile ai suoi bisogni "mia madre non mi ha mai abbracciata, mai consolata. Mi sgridava spesso e quando stavo male o avevo problemi non mi credeva". Riferisce di aver sperimentato maggiore vicinanza affettiva dalla figura paterna con cui si confida tuttora. Tuttavia, A. lo percepiva e lo percepisce ancora come una figura instabile e incapace di aiutarla in modo pratico. Riferisce inoltre all'età di 7 anni, dopo la nascita del fratello, di essersi sentita "invisibile" agli occhi dei genitori e di aver sperimentato vissuti abbandonici per cui tendeva ad autoregolare i propri stati emotivi senza chiedere aiuto e isolandosi spesso nella propria cameretta. A. In seduta parla spesso della sorella maggiore con cui racconta di avere un buon rapporto e con cui trascorre il tempo libero guardando film o andando al bar a chiacchierare con gli amici di lei: nonostante i buoni rapporti A. non si confida con lei rispetto alle sue difficoltà "lei è perfetta, sa gestire ogni situazione, vorrei essere come lei. Mi vergogno a parlarle delle mie cose ma va bene così". Non ha mai parlato del fratello minore.

Dal racconto dei genitori rispetto all'infanzia emerge una visione condivisa di A. come una bambina "da sempre poco socievole e morbosa nel rapporto a due". Negli anni della materna (3-5 anni) A. veniva spesso lasciata presso una ludoteca vicino casa in quanto i genitori lavoravano e la nonna paterna si assentava spesso per assistere il marito malato, deceduto poi quando A. aveva 6 anni per problemi cardiovascolari. Nello stesso periodo moriva il cagnolino con cui A. era cresciuta.

Emerge, sia alla ludoteca che alle elementari, una difficoltà di A. a separarsi dalle figure di riferimento, soprattutto dalla madre, e la tendenza della bambina a richiedere di essere riportata a casa. I genitori descrivono il primo anno di elementari "tranquillo", raccontano che le difficoltà della figlia si erano notevolmente ridotte grazie alla presenza di una maestra con cui A. si trovava particolarmente bene e che indirizzò i genitori, alla fine del primo anno, ad effettuare una valutazione per i DSA che riuscirono a prenotare dopo un anno (fine della seconda elementare). Durante il secondo anno di elementari in concomitanza con l'ingresso a scuola della nuova maestra di ruolo, A. inizia a sperimentare disagio davanti al portone della scuola, che si traduceva spesso in

episodi di vomito spontaneo.

In questo periodo e per tutte le elementari i genitori riportano episodi in cui la bambina avrebbe subito atti di bullismo sia da parte della maestra (la prendeva per un orecchio e le faceva fare il giro della classe e la derideva rispetto alle sue difficoltà in matematica), sia da parte di un compagno (che le spingeva la matita appuntita nelle mani fino a farle uscire il sangue): rispetto a questi episodi emerge dal racconto del padre una tendenza a cercare di risolvere i problemi prendendo le difese della figlia mentre dal racconto della madre emerge indignazione ma in assenza di comportamenti specifici finalizzati a risolvere i problemi. Durante gli anni delle elementari e delle medie i genitori riferiscono che A. non frequentava i compagni di classe, ne veniva portata alle feste di compleanno a causa degli impegni lavorativi di entrambi: "meno male che aveva la sorella, almeno aveva qualcuno con cui giocare". Alle medie A. dice di essersi sentita "umiliata" e presa in giro da alcuni compagni di classe dopo aver fatto coming out rispetto al suo orientamento omosessuale.

Durante il primo anno di liceo, la madre racconta di non aver presentato la documentazione relativa al DSA, nonostante le richieste della figlia in quanto "credevo che fosse un passaggio automatico da una scuola all'altra, non sapevo che avrei dovuto portarla io", e di averla consegnata alla fine dell'anno scolastico. A. veniva promossa con tre debiti.

Il padre descrive A. coma una ragazza in difficoltà ma tende, durante il colloquio, a sottolinearne i punti di forza "nonostante i tre debiti si è messa d'impegno l'estate e li ha passati tutti e tre". La madre appare polarizzata, per tutta la durata del colloquio, sui propri bisogni e nonostante i vari tentativi messi in atto per portarla sui bisogni della figlia appare emotivamente distaccata e non incline a seguire eventuali suggerimenti per la gestione dei conflitti e delle criticità.

Trattamento psicoterapeutico

Contratto e scopi del trattamento

A. Arriva in terapia dopo aver effettuato un ricovero di due giorni per ideazione suicidaria e attacchi di panico**.** Sin da subito è stato sollevato dai genitori un problema rispetto alla difficoltà di accompagnarla a studio nei giorni/orari stabili. Per permettere alla ragazza di poter essere presente in maniera continuativa alle sedute le sono state proposte due sedute online e due sedute a studio. La paziente accettava inizialmente di buon grado ma nel corso della terapia tendeva a saltare due sedute su 4 riportando la difficoltà a pagare quanto concordato. Pertanto abbiamo stabilito che avrebbe corrisposto solamente le due sedute in presenza. Ciò ha permesso una maggiore regolarità necessaria per il trattamento. Un altro iniziale ostacolo alla terapia è stato il mutismo che A. metteva in atto costantemente nelle prime sedute limitando le risposte a "si, no, non lo so". Per gestire

questa problematica relazionale sono risultati efficaci gli auto-svelamenti rispetto alla difficoltà nella conduzione delle sedute fino ad arrivare a definire uno spazio di comune interesse nella comunicazione.

Razionale, strategie e tecniche

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Migliorare la capacità di gestione delle emozioni problematiche (rabbia/tristezza/ansia)	-Identificare ed etichettare le emozioni negative. -Aumentare il monitoraggio degli stati mentali problematici. -Aumentare la tolleranza delle emozioni negative -Incrementare le abilità di regolazione emotiva	▫ ABC e Laddering ▫ Chain analisys ▫ Psicoeducazione ▫ Condivisione del modello di funzionamento ▫ Tecniche DBT di tolleranza della sofferenza (TIP/STOP). Scheda della crisi ▫ Abilità di regolazione emotiva (Controlla i fatti/Problem solving/Cope Ahead) ▫ Interventi di validazione ▫ Abilità di Mindfulness (respiro 3 minuti/Body Scan) ▫ Ristrutturazione cognitiva
Ridurre i sintomi depressivi	-Incremento del monitoraggio -Incremento della mastery di I e II livello	▫ ABC in seduta ▫ Psicoeducazione ▫ Riattivazione comportamentale ▫ Igiene del sonno
Migliorare le relazioni sociali	-Incremento delle abilità metacognitive di monitoraggio, differenziazione e decentramento -Incremento delle abilità di Efficacia Interperosnale	▫ ABC in seduta e laddering ▫ Disputing ▫ Ristrutturaziione cognitiva ▫ Training assertivo ▫ Schede DBT di Efficacia interpersonale (DEAR MAN) ▫ Aumentare le occasioni di socializzazione
Migliorare i conflitti con la madre	-Aumentare la consapevolezza dei bisogni che si attivano nelle relazioni interpersonali e favorirne una maggiore integrazione -Creare un ponte emotivo tra passato e presente al fine di modulare l'emozione di rabbia da accudimento mancato e validare i propri stati emotivi negativi	▫ Imagery ▫ Interventi di validazione ▫ Abilità di Mindfulness ▫ Ristrutturazione cognitiva

Ritorno a scuola	Incremento delle abilità metacognitive di monitoraggio, differenziazione e decentramento	▫ Imagery ▫ Validazione ▫ Abilità di regolazione emotiva (Cope Ahead)
Prevenzione delle ricadute	Definire gli obiettivi di vita e gli scopi terminali	▫ Analisi costi/ benefici e vantaggi svantaggi ▫ Abilità di Mindfulness ▫ Abilità di regolazione emotiva (Cope Ahead)

Descrizione della terapia

La psicoterapia è iniziata a Maggio 2023 con cadenza settimanale ed è tutt'ora in corso con cadenza bisettimanale e allo stato attuale sono state svolte 42 sedute. La terapia si può dividere sostanzialmente in tre blocchi:

1) Una condizione imprescindibile per l'avvio del trattamento psicoterapico è stato definire con i genitori che la terapia farmacologica fosse somministrata alla paziente dalle figure di accudimento. Posta questa premessa inizialmente è stato necessario orientare la terapia sulla gestione delle crisi, insegnando alla paziente tecniche di Tolleranza della Sofferenza della DBT (STOP/TIP) e offrendole consulenza telefonico che l'hanno aiutata a gestire i comportamenti di minaccia anticonservativa, comportamenti autolesivi e abbuffate: in tempo reale venivano messe in pratica le abilità necessarie fino all'estinzione delle crisi. Dopo un primo periodo, che si è protratto fino a Novembre 2023, in cui la paziente mostrava una scarsa capacità di rispettare i limiti e l'accordo telefonando e inviando sms ad orari non concordati innescando nel terapeuta continui cicli di allarme, le è stato insegnato, con il supporto dei familiari, in particolare il padre, come gestire le crisi negli orari in cui il terapeuta non sarebbe stato disponibile (MMG/ospedale/psichiatra) (scheda della crisi DBT). I comportamenti problematici sono rientrati a Novembre 2023 in concomitanza con l'abbandono scolastico e non si sono più ripresentati. In questo momento della terapia ho osservato di essere entrata in un ciclo di invalidazione in cui oscillavo tra i bisogni della paziente e il mio bisogno di non farle perdere l'anno scolastico. Grazie al lavoro di supervisione, sono arrivata a prendere atto di cos'è realmente l'accettazione radicale ovvero prendere atto che esistevano dei limiti imposti dalla paziente e dalla realtà che hanno impedito di avviare dei cambiamenti che sarebbero risultati precipitosi e che avrebbero esposto la paziente all'incremento dei comportamenti anticonservativi. Le abilità di tolleranza della sofferenza hanno favorito l'incremento del monitoraggio degli stati mentali problematici, tramite la

ricostruzione di ABC e laddering in seduta, interventi di psicoeducazione e abilità di regolazione emotiva (controlla i fatti/problem solving/cope ahead) che hanno permesso ad A. di riconoscere, etichettare le emozioni problematiche e regolarne la risposta diminuendo, nel contempo anche i comportamenti problematici incluse le abbuffate. Nella seconda parte della terapia, sono stati insegnati alla paziente esercizi di Mindfulness (respiro di 3 minuti/body scan) che A. ha imparato ad utilizzare quando avverte delle emozioni disturbanti e che le permettono di accoglierle ed osservarle senza giudizio.

Gestire i comportamenti disfunzionali conferiva ad A. da un lato un senso di controllo e padroneggiamento delle proprie emozioni, incrementando la motivazione e la self-agency e diminuendo i fattori di mantenimento, e da un atro lato hanno permesso di ristrutturare la credenza di sé come vulnerabile, diminuendo l'autoinvalidazione. Tuttavia questi miglioramenti non sono stati generalizzabili al contesto scolastico in cui A. ha continuato ad avvertire un senso di minaccia costante.

Rispetto agli homework la paziente man mano che sperimentava un incremento della propria agency riscontrava un'utilità nel portare a termine i compiti assegnati.

Contestualmente alla gestione delle crisi ho lavorato con la paziente per migliorare i conflitti con la figura materna ricostruendo e condividendo con lei il suo profilo di funzionamento. Al fine di incrementare il monitoraggio metacognitivo degli stati mentali problematici nella relazione con la madre si è rivelato utile la costruzione di memorie autobiografiche tramite la tecnica dell'imagery che hanno permesso di creare un ponte emotivo tra passato e presente al fine di modulare l'emozione di rabbia da accudimento mancato e validare i propri stati emotivi negativi. Gli interventi di validazione hanno permesso ad A. di aumentare la consapevolezza dei bisogni che si attivano nelle relazioni interpersonali e di favorirne una maggiore integrazione. Prendere una distanza critica dai propri contenuti mentali ha consentito di trovare un'ipotesi alternativa al comportamento della madre (nonna molto rigida e svalutante) e a depotenziare la credenza di sé come indegna di amore.

2) Nella seconda parte della terapia, una volta rientrati i comportamenti problematici, l'obiettivo principale da Novembre ad Aprile 2024 è stato migliorare la condizione depressiva che incideva in maniera significativa sulla qualità di vita e sembrava reattiva all'interruzione della terapia farmacologica (fluoxetina) sospesa dalla psichiatra a Novembre 2023. Rispetto all'inattività che si è manifestata in modo importante dopo l'abbandono scolastico e il ritiro sociale, abbiamo lavorato insieme sulla riattivazione comportamentale e sull'igiene del sonno. Gradualmente nel corso dell'anno in cui non ha frequentato la scuola la paziente è stata esposta alle interazioni sociali con

gli amici della sorella con cui usciva la sera. Inizialmente la paziente ha sperimentato vissuti di disagio che pian piano è riuscita a gestire attraverso l'utilizzo di alcune abilità di Efficacia interpersonale e attraverso un'esposizione graduale. Una volta ripristinato un ritmo sonno veglia regolare A. ha iniziato gradualmente a prendersi cura dell'ambiente dove viveva e di conseguenza anche di se stessa.

3) Da Aprile 2024 ad oggi la terapia si sta incentrando sulla prevenzione delle ricadute tramite tecniche di mindfulness che A. utilizza quotidianamente e sulla generalizzazione delle abilità apprese a tutti i contesti di vita. Tra Aprile e Luglio 2024 la paziente ha avuto bisogno di definire i propri obiettivi di vita dando priorità all'autonomia. Nel definire gli scopi terminali A. ha sperimentato un conflitto rispetto al desiderio di essere subito autonoma (lasciare la scuola e fare la parrucchiera) e il desiderio di avere un lavoro che la gratificasse: per aiutarla nel processo decisionale abbiamo utilizzato insieme l'analisi dei costi/benefici vantaggi/svantaggi.

Durante la terapia si è reso necessario il coinvolgimento dei genitori i quali tuttavia hanno fornito pareri contrastanti rispetto alla necessità di essere presenti occasionalmente alle sedute: con la madre di A. sono stati effettuati due incontri per poi rifiutare quelli successivi adducendo come motivazione mancanza di tempo/soldi. Il padre si è reso disponibile ad un solo incontro e durante alcune consultazioni telefoniche con A. per aiutarla nei momenti di criticità. Mi sono resa disponibile ad interagire con il contesto scolastico qualora fosse stato necessario ma il precoce abbandono scolastico non ha permesso questo scambio comunicativo.

Valutazione di esito

A. sta svolgendo una terapia personale a cadenza quindicinale e mostra una buona motivazione al trattamento riconoscendo in esso una possibilità concreta per raggiungere i suoi obiettivi di vita. Inoltre, A. sperimenta un miglioramento nella percezione della propria self-agency per cui sente di poter agire attivamente sull'incremento delle proprie abilità. La relazione terapeutica appare solida e stabile nel corso del tempo. A Settembre 2024 A. è tornata a scuola, attualmente con soddisfazione e interesse verso le materie studiate. Continua ad esporsi con beneficio nelle relazioni interpersonali: tuttavia le abilità di efficacia interpersonale appaiono ancora da potenziare. I conflitti con la madre si sono ridotti, ha consapevolezza dei propri bisogni e delle proprie emozioni che riesce a gestire efficacemente. I comportamenti disfunzionali si sono interrotti a Novembre 2023 e non si sono più ripresentati nel corso della terapia. Il peso di A. è incrementato fino a raggiungere a Marzo 2024 i 105 chili per poi stabilizzarsi. Attualmente sta dimagrendo e riesce a seguire in maniera più efficace la dieta.

Giulia Giannetti,

Psicologa, PhD Roma

Specializzata in Psicoterapia Cognitiva, training Andrea Gragnani e Donatella Fiore

e-mail: giuliagiannetti1982@gmail.com

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

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