psicoterapeuti in-formazione

2024, NUMERO 34

Oltre il sintomo: il percorso di Luca fra esperienze traumatiche, evitamento e consapevolezza di sé

Elisa Fucà[1,2]

[1]Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico

[2]Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Riassunto

Luca è un ragazzo di 19 anni che giunge alla consultazione psicoterapeutica in seguito a un episodio sincopale non chiaramente riconducibile a un quadro neurologico conclamato. L'esordio del percorso clinico è caratterizzato da elementi riconducibili a uno stato di ipervigilanza e di difficoltà di regolazione emotiva e nelle relazioni interpersonali; nel pregresso, sarebbero state presenti difficoltà alimentari. Questi aspetti si radicano in esperienze familiari disfunzionali, connotate da un clima cronicamente teso e dalla presenza di agiti aggressivi paterni. Emergono tratti compatibili con un disturbo da stress postraumatico complesso sotto-soglia. Il profilo di funzionamento di Luca risulta improntato a un evitamento esperienziale e a modelli interni centrati su un'immagine di sé fragile e di un altro percepito come imprevedibile o svilente. Grazie a questo spazio relazionale protetto, Luca ha potuto sviluppare una maggiore consapevolezza dei propri bisogni e arrivare a una progressiva riduzione dell'evitamento esperienziale. La ricostruzione del profilo interno ha reso possibile l'impostazione di un intervento strategico centrato sul sostegno all'espressione e alla legittimazione del vissuto emotivo, con attenzione al contenimento delle reazioni dissociative e alla ristrutturazione delle credenze disfunzionali. Il lavoro terapeutico ha favorito segnali di cambiamento significativi: la capacità di tollerare stati emotivi negativi, un miglioramento nella regolazione emotiva e una maggiore integrazione della propria identità sessuale. Nonostante permangano alcune criticità nella gestione della rabbia e della tristezza, si osserva un incremento delle funzioni di mentalizzazione e una riattivazione progressiva delle risorse soggettive.

Parole chiave: regolazione emotiva, disturbo da stress post-traumatico complesso, relazione terapeutica, evitamento esperienziale

Beyond the Symptom: Luca's Clinical Pathway Through Trauma, Avoidance, and Emerging Self-Awareness

Summary

Luca is a 19-year-old young man who presents for psychotherapeutic consultation following a syncopal episode not clearly attributable to a defined neurological condition. The onset of the clinical process is

Elisa Fucà, Oltre il sintomo: il percorso di Luca fra esperienze traumatiche, evitamento e consapevolezza di sé, *N. 34, 2024, pp. 100-117.*
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

marked by features suggestive of a state of hypervigilance and difficulties in emotional regulation and interpersonal relationships. A history of disordered eating behaviors is also reported. These difficulties appear to be rooted in dysfunctional family experiences, characterized by a chronically tense atmosphere and the presence of paternal aggressive outbursts. Traits consistent with subthreshold complex post-traumatic stress disorder emerge. Luca's overall functioning is characterized by experiential avoidance and internal working models centered around a fragile self-image and a perception of others as unpredictable or devaluing. Within the context of this protected relational space, Luca was able to develop increased awareness of his needs and gradually reduce his experiential avoidance. The reconstruction of his internal profile allowed for the implementation of a strategic intervention focused on supporting the expression and validation of emotional experience, with particular attention to containing dissociative reactions and restructuring dysfunctional beliefs. The therapeutic work facilitated significant signs of change: improved tolerance of negative emotional states, enhanced emotional regulation, and greater integration of his sexual identity. While some difficulties remain in managing anger and sadness, there has been a noticeable increase in mentalizing abilities and a progressive reactivation of personal resources.

Keywords: emotion regulatiom, complex post-traumatic stress disorder; therapeutic relationship; experiential avoidance

Introduzione

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) complesso è caratterizzato, oltre che dalla presenza dei sintomi principali del disturbo da stress post-traumatico, da compromissioni gravi e durature in una serie di aree di funzionamento, quali regolazione delle emozioni e controllo degli impulsi, percezione di sé e rapporti interpersonali (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2018). La presenza congiunta di un trauma evolutivo e di difficoltà nella regolazione affettiva può ostacolare la relazione tra l'individuo e le potenziali figure di cura: il terapeuta rischia infatti di essere vissuto come una figura ri-traumatizzante anziché come una base sicura, rendendo complessa la costruzione di un'alleanza terapeutica solida (Popolo et al., 2025). Inoltre, l'incremento dell'attivazione emotiva e del senso di vulnerabilità sperimentati in terapia può compromettere temporaneamente le funzioni di mentalizzazione (Luyten et al., 2021), limitando la possibilità di definire con chiarezza obiettivi e compiti condivisi, e di partecipare attivamente alla risoluzione dei problemi durante le sedute. Di conseguenza, diversi autori sottolineano l'importanza di intervenire preliminarmente sulle competenze di regolazione emotiva e sulla stabilizzazione dell'alleanza terapeutica (Muran et al., 2021; Popolo et al., 2025), promuovendo la percezione di sicurezza e supportando la collaborazione e l'autoefficacia del paziente (Maercker

et al., 2022). In questo contesto, il presente caso clinico intende offrire uno spunto di riflessione sulle sfide e le opportunità che emergono nella costruzione dell'alleanza terapeutica con pazienti complessi.

Formulazione del caso

Luca, 19 anni. Secondogenito di tre germani, frequenta il secondo anno di un corso universitario di design e arti visive. Pur avendo ricevuto una diagnosi di dislessia dalla terza elementare, ha rifiutato da sempre piano il didattico personalizzato (PDP). Lavora part-time come cameriere e frequenta regolarmente un piccolo gruppo di amici che conosce dai tempi del liceo e saltuariamente frequenta altri gruppi. Non ha una relazione sentimentale stabile, riferendo di alternare frequentazioni maschili e femminili.

Non ha mai svolto percorsi di psicoterapia né assunte terapie farmacologiche.

Incontro Luca nel contesto della terapia solidale. La presa in carico psicoterapeutica viene suggerita da un neurologo che ha visitato Luca a causa di un episodio di sincope vasovagale avvenuto circa tre mesi prima del nostro primo colloquio. In seguito a questo episodio, Luca viene ricoverato per circa 48h, ma gli accertamenti di natura neurologica hanno escluso definitivamente una diagnosi di epilessia e altre cause neurologiche.

In prima seduta, Luca appare curato nell'aspetto e nell'igiene personale. Vigile, lucido, orientato nei tre assi. Accede al colloquio con atteggiamento inibito e a tratti evita lo sguardo del clinico, rivolgendolo all'ambiente circostante. Si rilevano quote d'ansia libera e appare irrequieto sul piano psicomotorio: si tocca più volte capelli e orecchie mentre parla e muove spesso le gambe. La mimica appare congrua. L'umore appare lievemente deflesso, l'affettività è congrua e modulata. L' eloquio è fluido, sebbene siano apprezzabili sporadiche note di disfluenza - così come fascicolazione della palpebra - in relazione a tematiche che evocano vissuti di ansia; inizialmente il ritmo dell'eloquio è accelerato, poi si rimodula nel corso dell'incontro; anche il tono della voce non sempre risulta adeguatamente modulato. Il contenuto del pensiero, che appare esente da alterazioni formali, verte su preoccupazioni relative alla propria capacità di gestire emozioni per lui problematiche, in particolare rabbia e ansia.

Descrizione dei problemi presentati

Nel corso dei primi incontri Luca identifica i seguenti problemi come fonte di sofferenza:

- difficoltà di regolazione emotiva: le difficoltà nella gestione della rabbia compaiono principalmente nel contesto domestico ma non sembrano assumere la connotazione di vero e proprio discontrollo, mentre le difficoltà nel gestire la paura si manifestano attraverso l'attivazione di meccanismi dissociativi, in particolare nei momenti in cui il paziente percepisce segnali di minaccia o tensione relazionale all'interno dell'ambiente familiare. In questi frangenti, Luca tende a distaccarsi dall'esperienza emotiva, con una ridotta consapevolezza corporea e una difficoltà a nominare gli stati emotivi esperiti;
- stato ansioso presente in diverse situazioni e diversi contesti. Nel contesto domestico, questo si presenta sotto forma di ipervigilanza, caratterizzata da una sensazione di allarme e preoccupazione costante che il padre possa diventare aggressivo; l'aumentato stato di allerta si traduce anche sotto forma di irritabilità. Nel contesto accademico, si manifesta sotto forma di evitamento che esita in procrastinazione dei compiti assegnati e rifiuto di partecipare ad attività che prevedano lettura ad alta voce davanti ad altre persone;
- labilità emotiva, sebbene non vengano raggiunti criteri soglia per poter porre diagnosi di disturbo dell'umore.

Le difficoltà di regolazione emotiva - in particolare quelle relative alla regolazione della rabbia - nonché la condizione di ipervigilanza possono essere meglio comprese facendo riferimento alla descrizione che Luca fornisce rispetto al funzionamento della propria famiglia. Il clima familiare, infatti, viene descritto come fortemente teso a causa di alcune "crisi di rabbia" manifestate dal padre, che sarebbero comparse circa un anno e mezzo prima della richiesta della presa in carico e sarebbero caratterizzate da elevata imprevedibilità e agiti aggressivi di natura prevalentemente verbale (in particolare nei confronti della madre di Luca) o rivolti verso oggetti, fatta eccezione per un episodio in cui il padre avrebbe aggredito Luca fisicamente. Luca vive questi episodi e la loro risoluzione con marcata paura seguita da intensa rabbia agita contro il padre e senso di

inadeguatezza quando sente di non essere riuscito a "proteggere" la madre e la sorella minore. La ricostruzione esatta degli episodi critici in famiglia è inficiata dal fatto che Luca riporta ricordi frammentati, se non, in alcuni casi, vere e proprie amnesie. In seguito a questi episodi, Luca riferisce di vivere in uno stato di costante ipervigilanza in casa, ad esempio manifestando particolare attenzione al tono di voce dei genitori mentre parlano tra loro se si trovano in un'altra stanza, con una percezione di urgenza nel controllare cosa stia succedendo. A causa di un atteggiamento inizialmente reticente da parte di Luca, solo dopo mesi dall'inizio del percorso psicologico emerge che il padre fa uso di alcol, tornando spesso a casa in stato di visibile alterazione e che questo risulta essere frequentemente il motivo dello scontro con la madre. Il padre viene definito da Luca "una mina vagante", "imprevedibile", "allegro ma scostante".

Durante i primi colloqui, Luca non riferisce particolari compromissioni funzionali nel dominio sociale. Tuttavia, nel corso degli incontri emergono timore/percezione di essere rifiutato, specialmente in contesti sociali nuovi e, nelle relazioni con persone a lui più familiari, riporta il timore di sembrare distaccato, egoista e poco interessato ai problemi altrui. Tale timore nasce dalla percezione che Luca ha di sé stesso come di una persona non in grado di tollerare la sofferenza [propria e altrui]. Questo lo porta, soprattutto nelle relazioni coi familiari, ad assumere un atteggiamento distaccato che, a sua volta, può essere interpretato dagli altri come freddezza o disinteresse, generando reazioni di allontanamento o incomprensione. Tali reazioni finiscono per rinforzare la convinzione di Luca di non essere capace di stare nella relazione, dando forma a un ciclo interpersonale disfunzionale.

In generale, nelle relazioni con gli altri possono essere individuate due aree problematiche. La prima è quella relativa alla presenza di vissuti di estraneità e disconnessione, basati sulla percezione di sentirsi "diverso dagli altri" [si veda storia della sofferenza]. Emergono altresì marcate difficoltà di fiducia e nell'entrare in intimità con altre persone. Il timore nell'entrare in intimità con gli altri sembra fondarsi anche su nell'instaurare legami basati sulla fiducia. Questo aspetto emerge chiaramente anche nella gestione dell'autodisvelamento, così descritto da Luca: "*Mi capita di confidarmi con i miei amici più stretti, ma sempre su aspetti parziali. Non voglio che un'unica persona sappia troppe cose di me*". L'affermazione evidenzia una difficoltà a

condividere aspetti di sé in modo integrato, in cui la "parcellizzazione" delle informazioni personali consente a Luca di mantenere un maggiore controllo sulla relazione. Rispetto alle relazioni di natura sentimentale e sessuale, riporta invidia nei confronti di chi ha una storia sentimentale, timore di solitudine e difficoltà negli approcci di natura sessuale per timore di rifiuto. Per i primi mesi della terapia, non dichiara il proprio orientamento sessuale. Durante i colloqui, Luca ha mostrato un rifiuto netto di dichiarare il proprio orientamento sessuale, giustificando questa posizione attraverso un'elaborazione intellettualizzante: presenta la questione come un tema ideologico, sostenendo che esplicitare l'orientamento sessuale sarebbe una forma di violenza, poiché costringerebbe a eseguire una categorizzazione rigida e semplificata.

Nega disturbi del sonno e le condotte alimentari vengono descritte come sostanzialmente regolari al momento attuale, sebbene persista una difficoltà nel sentirsi a proprio agio nel proprio corpo [si veda storia della sofferenza].

Storia della sofferenza. Nega ideazione suicidaria e autolesionismo anche nel pregresso. Non riporta interventi psicoterapeutici e psicofarmacologici pregressi né attuali. Nel pregresso, vengono descritti sintomi ascrivibili a un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione: racconta che, quando aveva 15 anni, avrebbe adottato ricorrenti condotte di eliminazione dopo i pasti principali e/o in seguito a episodi di abbuffate soggettive per evitare di prendere peso; per 4-5 mesi tali episodi sarebbero stati presenti quasi tutti i giorni e, talora, anche più di una volta al giorno, e sarebbero stati associati a forte insoddisfazione per la propria immagine corporea. Nessuno a casa si sarebbe accorto di questi comportamenti né Luca avrebbe mai condiviso con nessuno queste difficoltà nell'arco di questi mesi di acuzie. Luca riferisce che i sintomi sono durati per circa due anni con una progressiva riduzione della frequenza delle condotte di eliminazione. Luca riferisce che, anche in tempi più recenti, in condizioni di "ansia o forte stress" gli capita di "mangiare tanto" [quantifica] e poi vomitare; l'ultimo di questi episodi sarebbe avvenuto due mesi prima di iniziare la presa in carico, in seguito a una lite col padre dai toni particolarmente accesi.

Emerge familiarità positiva per disturbi di linguaggio e disturbi dell'umore su linea paterna.

In base ai problemi presentati non è possibile formulare una chiara diagnosi secondo i criteri del DSM-5-TR. Tuttavia, emergono tratti del disturbo da stress post-traumatico complesso,

secondo i criteri indicati dall'ICD-11. Risultano infatti soddisfatti alcuni criteri relativi al PTSD (ipervigilanza, incapacità di ricordare aspetti importanti legati agli eventi stressanti e tentativi di evitare ricordi spiacevoli legati agli eventi stressanti) e, in aggiunta, Luca manifesta difficoltà di regolazione delle emozioni, credenze negative su di sé (vulnerabile e impotente), difficoltà nelle relazioni interpersonali (scarsa fiducia), nonché problemi pregressi legati all'immagine corporea e associati a difficoltà alimentari.

Profilo interno del disturbo

Luca presenta un'idea di sé come vulnerabile, impotente e diverso dagli altri. L'idea dell'altro sembra essere prevalentemente imprevedibile e pericoloso, ma anche rifiutante, svilente e poco protettivo. Lo scopo sovrainvestito sembra essere il valore personale, con uno scenario temuto di solitudine che assume per Luca connotazioni catastrofiche, legate non solo al timore di rimanere senza protezione di fronte alla minaccia, ma anche alla percezione di "*restare indietro*" rispetto agli altri. La mancanza di relazioni significative sarebbe dunque la conferma di un senso di fallimento personale e inadeguatezza. In questo contesto, se l'altro è temuto poiché fonte di potenziale svilimento, sembra comunque indispensabile per poter avere un riscontro sul proprio valore personale.

Gli stati emotivi dolorosi sembrano essere gestiti da Luca in maniera differente in base al tema attivato. In condizioni di minaccia fisica [agiti aggressivi del padre], Luca sembra adottare modalità dissociative ("*è come se fossi in una bolla*") che gli impediscono, in momenti successivi, un'adeguata elaborazione dell'evento: infatti, riferisce spesso di non ricordare l'esatta sequenza degli avvenimenti o il loro preciso svolgimento.

Nel momento in cui invece subentra la percezione della frustrazione del suo bisogno di protezione, si genera un ciclo interpersonale disfunzionale per il quale la rabbia che Luca manifesta in risposta alla frustrazione del suo bisogno contribuisce a innescare reazioni di allontanamento da parte dell'altro. Dunque, il bisogno originario risulta ulteriormente disatteso e la visione dell'altro come poco affidabile viene confermata. Questo avviene principalmente nel

contesto familiare e diviene molto evidente nella relazione col fratello maggiore, dal quale Luca vorrebbe sicurezza e protezione.

L'emozione della tristezza è gestita da Luca attraverso una marcata tendenza all'evitamento esperienziale, che può essere ricondotta non solo alla difficoltà nel tollerarla, ma soprattutto al fatto che tale emozione non ha mai trovato spazio in un contesto relazionale protettivo. La tristezza, in questo senso, non è stata un'emozione "contenuta", ma piuttosto un segnale di vulnerabilità che Luca ha imparato ad associare a pericolo e mancata protezione. Questo spiega, ad esempio, la sua tendenza ad allontanarsi dalla stanza di terapia proprio nei momenti in cui il colloquio verte su contenuti "caldi", legati alla percezione di essere poco protetto. Tale modalità, estesa anche ad altri contesti relazionali, ostacola ulteriormente la possibilità che l'altro colga e comprenda i suoi bisogni. In questo quadro, l'intolleranza alla tristezza può essere intesa come espressione di una disregolazione emotiva tipica del PTSD complesso. La paura, emozione centrale nel quadro post-traumatico, sembra a sua volta gestita attraverso risposte dissociative, come nel caso del "sentirsi in una bolla", sensazione che Luca sperimenta in situazioni percepite come minacciose.

Il vissuto di impotenza sembra emergere dunque come una conseguenza della persistente impossibilità di esprimere o agire le proprie emozioni. Di fronte a emozioni intense come rabbia, tristezza o paura, Luca o si sente bloccato, incapace di tradurre questi stati interni in azioni che potrebbero alleviare il disagio o ristabilire un senso di padroneggiamento del proprio stato emotivo o, al contrario, sente di agirle senza essere in grado di controllarle. In questo quadro, la sintomatologia alimentare pregressa potrebbe essere letta come una strategia secondaria di autoregolazione emotiva, funzionale nel tentativo di anestetizzare o controllare stati emotivi altrimenti ingestibili. Va evidenziato, tuttavia, che il senso di impotenza attuale sembra poggiare su un nucleo esperienziale più antico, legato a momenti in cui Luca ha sperimentato una reale impossibilità di protezione o di difesa, contribuendo allo sviluppo di una percezione appresa di inefficacia [si veda la sezione relativa alla vulnerabilità storica]. Questo vissuto, caratteristico del PTSD complesso, continua oggi a influenzare le sue modalità di risposta agli stati emotivi intensi,

ostacolando l'accesso a strategie più funzionali. Emerge dunque un circolo vizioso che contribuisce a mantenere una percezione di vulnerabilità e inefficacia, rafforzando ulteriormente il senso di impotenza.

A	B	C
Al termine di una lite familiare [il padre è l'interlocutore principale], noto che mio fratello, mia madre e mia sorella sono tutti vicini tra loro al capo opposto della stanza	Io litigo con quello anche per proteggere loro e mi ripagano fregandosene di come sto	Rabbia (9) ➔ Non rivolgo la parola ai miei familiari per tre giorni
	E a me chi ci pensa? Sembro invisibile	Tristezza (8) Nodo alla gola

Il timore di essere umiliato nella relazione lo porta a evitare il confronto con l'altro: la rappresentazione di sé stesso come una persona scarsamente in grado di gestire i propri stati emotivi (rabbia) lo induce a immaginare scenari in cui la propria "disregolazione" lo porterebbe ad aggredire l'altro con la conseguente necessità di doversi poi "abbassare a chiedere scusa" e, parallelamente, attiverebbe un rimuginio sull'accaduto che lo porterebbe ad autocritica ("*sono come mio padre*"). Tale dinamica riflette una rappresentazione dicotomica sé-altro in termini di vittima o carnefice: Luca teme di poter aggredire l'altro e diventare come il padre, mentre, al tempo stesso, si percepisce spesso impotente nel proteggere gli altri, sperimentando un senso di inadeguatezza nel ruolo di "salvatore" che talvolta sente di dover assumere. L'esito della tendenza all'evitamento del confronto con l'altro diviene però a sua volta una fonte di sofferenza, perché, oltre a impedire la disconferma delle credenze disfunzionali, genera in Luca la percezione di non vivere relazioni autentiche e significative.

A	B	C
Entro in cameretta e vedo Carlo [il fratello] seduto sul letto che	Non è giusto, dovrebbe essere lui a consolare me, è lui il fratello	Rabbia/sprezzo (6) Lieve tachicardia

piange	maggiore e invece mi lascia solo a gestire tutto	
	E adesso che dovrei fare? Come al solito non sono in grado di consolare nessuno, faccio proprio schifo	Ansia - Autocritica (6) ➔ Resto immobile senza dire nulla

Nel passato, la mancata richiesta di aiuto rispetto alla sintomatologia DCA sembrava essere ancorata al timore di essere giudicato debole, confermando così la sua credenza dell'altro non solo come svilente, ma anche come scarsamente supportivo.

Fattori e processi di mantenimento

Tra i principali fattori di mantenimento possono essere identificati gli evitamenti messi in atto per sottrarsi ad emozioni negative come la tristezza (nel contesto familiare) o la vergogna (nel contesto accademico-lettura ad alta voce) impedendo la disconferma delle credenze patogene. Presente, inoltre, evitamento dei temi connessi all'omosessualità. Nelle relazioni di natura sentimentale/sessuale, entra in gioco il ragionamento iperprudenziale che fa focalizzare Luca sull'evento temuto, cioè il rifiuto, attivando valutazioni per ridurre i rischi percepiti ("*se uso i social vado sul sicuro*"). Non raggiungendo comunque la certezza piena, alla progettazione segue l'evitamento impedendo la disconferma dell'ipotesi temuta. Emerge inoltre tendenza alla ruminazione in seguito a eventi attivanti emozioni di vergogna o rabbia, con ricadute sul tono dell'umore. Il problema secondario, legato all'autocritica di Luca in risposta ai momenti in cui la rabbia viene manifestata in modo disfunzionale, costituisce un ulteriore fattore di mantenimento, confermando una rappresentazione negativa di sé stesso. Presenti, infine, fattori di mantenimento interpersonali con cicli interpersonali che confermano a Luca la credenza di essere vulnerabile e poco protetto. Ad esempio, come descritto in precedenza, nel momento in cui si attiva la frustrazione del bisogno di protezione, Luca manifesta rabbia che spesso innesca reazioni di allontanamento da parte dell'altro. Questo contribuisce a disattendere ulteriormente il bisogno originario e a rafforzare la rappresentazione dell'altro come non affidabile o non disponibile e di sé stesso come vulnerabile.

Scompenso

Un fattore predisponente per lo scompenso è stato l'incremento in frequenza e intensità degli episodi di aggressività verbale - e sporadicamente anche fisica - da parte del padre, iniziati circa un anno e mezzo prima della richiesta di presa in carico. Luca racconta di aver iniziato a sentirsi particolarmente in ansia e in allerta all'interno del contesto domestico solo 10 mesi prima del nostro primo incontro, quando, durante una lite col padre, arrivano a uno scontro fisico. La frequenza degli episodi, nonché la valutazione degli stessi da parte di Luca come improvvisi e immotivati, hanno contribuito ad alimentare lo stato di ipervigilanza e allarme che ha poi condotto all'esordio.

Vulnerabilità

Sebbene la ricostruzione della vulnerabilità sia stata parzialmente inficiata dalla difficoltà di Luca di ricordare episodi ricollegati alla sensazione di minaccia, è emerso come Luca sia cresciuto all'interno di un contesto familiare caratterizzato da un'elevata conflittualità genitoriale manifestata sotto forma di aggressività - riferita come verbale. In particolare, seppur con molta difficoltà nel retrieval, Luca riferisce un episodio risalente all'età di 8 anni circa in cui, con una già manifesta tendenza all'ipervigilanza, avrebbe assistito, rimanendo nascosto, a una lite particolarmente accesa tra i genitori. La paura percepita in quel momento è stata descritta come intensa e accompagnata da un senso di confusione. Il ricordo, frammentato, si interrompe con un tentativo di cercare conforto nel fratello maggiore. Tuttavia, anche quest'ultimo era sopraffatto dall'angoscia: piangeva, impaurito, rendendosi di fatto indisponibile a fornire un contenimento emotivo e contribuendo a generare in Luca una sensazione di impotenza ("*è come se a un certo punto dalla cucina mi fossi materializzato in cameretta trovando lì mio fratello che piangeva e singhiozzava…non c'era nessuno a consolarmi*"). Sebbene non sia in grado di riportare episodi specifici in merito, ricorda che spesso, intorno ai 7-8 anni, gli capitava di consolare la madre che piangeva in seguito alle liti col padre.

Parallelamente, emerge come la presenza di disturbi del neurosviluppo costituiscono un fattore di vulnerabilità storica che ha contribuito a costruire in Luca la sensazione di essere diverso e distaccato dagli altri. Questa credenza su sé stesso sembra essere maturata in seguito alla valutazione delle difficoltà di linguaggio e dei disturbi dell'apprendimento come la causa dell'essere oggetto di scherno da parte degli altri. Alla costruzione di questa credenza su di sé sembra aver contribuito un clima familiare in cui, secondo la percezione di Luca, le differenze legate all'orientamento sessuale o all'etnia non venivano apertamente stigmatizzate, ma emergevano spesso come oggetto di commenti ironici o sottili allusioni. Sebbene non vi fosse una critica esplicita o aggressiva, questi atteggiamenti creano un clima di scherno velato, che contribuisce a far percepire tali diversità come qualcosa di 'altro', rafforzando un senso di non appartenenza ed estraneità.

In età prescolare, sono ipotizzabili difficoltà di separazione. Presente da sempre molta paura del buio: fino alla seconda superiore si è rifiutato di dormire in stanze completamente buie se solo.

In terza elementare viene posta diagnosi di dislessia, ma ha sempre attivamente rifiutato il PDP per timore di essere considerato diverso dagli altri, ma apertamente motivato con la frase "*tanto riesco a fare tutto quanto*". In età scolare, la percezione di sé stesso è caratterizzata dalla sensazione di essere un bambino timido, un po' goffo ("non fisicamente ma socialmente"), diverso dagli altri. Non frequentava volentieri la scuola e le interazioni con gli altri bambini erano limitate, temeva di non sapere cosa dire e di avere poco in comune con gli altri. Non gli piaceva il calcio e sentiva di non essere bravo a giocare: quando si organizzavano partite di calcetto decideva di "autoescludersi per non essere escluso", rifiutandosi cioè di giocare per non esporsi al rischio di essere scelto per ultimo nella formazione delle squadre.

Con l'ingresso alle medie, Luca racconta di essere stato oggetto di scherno da parte dei compagni di classe a causa delle difficoltà di lettura, continuando a non frequentare volentieri la scuola; tuttavia, non segnala rifiuto scolare. Persiste la sensazione di essere diverso dagli altri: non gli piaceva il calcio, non gli interessava giocare con la play-station. Evitava di spogliarsi davanti agli altri negli spogliatoi. Quando Luca aveva circa 12 anni, la nonna materna, punto di

riferimento affettivo e unica figura dalla quale Luca sentiva di poter ricevere protezione, si ammala di tumore al seno e Luca si offre di dormire nella stessa stanza con lei per farle compagnia; l'intero periodo viene riconosciuto da Luca come un momento di intensa sofferenza. Intorno ai 15-16 anni, il fatto di non aver avuto rapporti sessuali è diventato un motivo di preoccupazione; a questo si associa una crescente insoddisfazione per il proprio aspetto e, più in generale, per la propria immagine. In questo periodo sarebbero insorte difficoltà di alimentazione [vedere storia della sofferenza].

Trattamento psicoterapeutico

L'iniziale mancanza di motivazione alla terapia ha costituito, nelle prime fasi del trattamento, una difficoltà nella condivisone di obiettivi concreti per il percorso. Inizialmente, infatti, Luca proponeva obiettivi vaghi e poco definiti (per esempio, "*voglio essere una persona serena*", che per lui significava principalmente non provare emozioni negative ed evitare stati di sofferenza). Sono stati successivamente ridefiniti e concordati con Luca degli obiettivi relativi alla regolazione emotiva e alla riduzione dei comportamenti disfunzionali in ambito relazionale, anche in risposta alla richiesta esplicita del paziente. Questo passaggio è stato reso possibile dal graduale consolidamento della relazione terapeutica, che ha fornito a Luca uno spazio percepito come sufficientemente sicuro e prevedibile, in cui gli stati di ipervigilanza hanno potuto lentamente attenuarsi. L'atteggiamento terapeutico centrato sull'ascolto non giudicante e sulla validazione dei vissuti ha rappresentato un primo elemento trasformativo, favorendo un primo accesso a stati emotivi fino ad allora evitati o dissociati. In questo clima relazionale protetto, è stato possibile riformulare in itinere gli obiettivi del trattamento, orientandoli verso una maggiore consapevolezza delle dinamiche ricorsive nelle relazioni interpersonali.

Razionale, strategie e tecniche

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Motivazione al trattamento	Costruzione alleanza terapeutica Rendere ambiente prevedibile e non svilente Modifica credenze patogene sull'altro sperimentando rappresentazioni interpersonali alternative a quelle di "altro pericoloso e svilente"	▫ Trasparenza intenzioni terapeuta ▫ Atteggiamento non giudicante ▫ Disciplina interiore del terapeuta ▫ Gestione delle flessioni dell'alleanza ▫ Condivisione del modello di funzionamento
Riduzione dell'ipervigilanza nel contesto domestico	Riduzione dell'attenzione selettiva ai segnali di minaccia (conflitto genitoriale)	▫ Condivisione del modello di funzionamento e ricostruzione vulnerabilità storica con tecniche di imagery assessment ▫ Tecniche di rilassamento ▫ Psicoeducazione sulle manifestazioni cliniche associate alla presenza di eventi stressanti e sull'importanza di ridurre arousal indotto da sostanze (es. caffeina)
Gestione della rabbia nel contesto familiare	Facilitare l'acquisizione di nuove skill nella relazione interpersonale Migliorare abilità metacognitive di monitoraggio Modifica dei processi disfunzionali relativi ad A problematici	▫ Training di abilità assertive ▫ ABC ▫ Psicoeducazione emozionale ▫ Tecniche di grounding
Riconoscere e tollerare gli stati emotivi problematici	Riduzione evitamento esperienziale su emozioni problematiche (tristezza, timore di umiliazione → omosessualità) Imparare a legittimare, esprimere e curare i propri bisogni	▫ Psicoeducazione sui costi degli evitamenti ▫ Automonitoraggio ▫ Accettazione ▫ Desensibilizzazione
Riduzione della recidiva	Ridurre sensibilità al rifiuto e all'umiliazione e promuovere visione di sé maggiormente positiva	▫ Condivisione del modello di funzionamento ▫ Interventi di validazione ▫ Focus su obiettivi esistenziali

Descrizione della terapia:

La terapia si è svolta a cadenza settimanale per il primo anno, mentre negli ultimi 6 mesi gli incontri si sono svolti a cadenza bisettimanale, per un totale di 60 sedute. La relazione terapeutica si è configurata fin da subito come uno degli aspetti primari da modulare per poter mettere in atto strategie e tecniche finalizzate al raggiungimento degli obiettivi terapeutici. Infatti, nel corso dei primi mesi della terapia Luca, pur presentandosi regolarmente agli incontri, manifestava scarsa motivazione al percorso, verbalizzando difficoltà nell'individuazione di obiettivi concreti e scarsa fiducia rispetto alle possibilità di cambiamento, mostrando difficoltà di compliance rispetto allo svolgimento degli homework (dimenticanze, svolgimento parziale ecc…) e rispetto alla condivisione di stati emotivi legati alle principali aree di sofferenza. Nel corso della seduta, spesso la comunicazione non verbale del paziente rivelava, alternativamente, disappunto o vergogna immediatamente seguita da irritazione e chiusura relazionale. In generale, emergevano scarsa fiducia e limitato coinvolgimento nel percorso. Questo ha portato a una rimodulazione delle modalità di conduzione delle sedute e dello stile terapeutico. Le modalità di somministrazione degli homework si sono basate su uno stile relazionale e comunicativo che ha particolarmente enfatizzato la trasparenza delle intenzioni del terapeuta, cosa che ha anche consentito di rendere il setting terapeutico maggiormente prevedibile per Luca. Inoltre, nonostante complessivamente si possano ravvisare dei benefici tratti dal paziente rispetto agli interventi di psicoeducazione (relativa, per esempio, ai costi degli evitamenti), nei primi mesi della terapia si è reso necessario ridurre la frequenza degli interventi psicoeducativi, favorendo uno stile di conduzione della seduta maggiormente improntato allo scambio dialettico. È stato dunque adottato uno stile relazionale improntato al rispetto, alla cooperazione e all'autenticità. Questo, in fasi successive, ha consentito di inserire all'interno della relazione terapeutica altri elementi come l'umorismo e l'ironia.

Nel corso degli incontri sono state usate tecniche come il dialogo socratico per stimolare nel paziente riflessioni sul proprio comportamento e approfondirne i sottostanti schemi. Tenendo presenti i principali temi costitutivi della sofferenza del paziente, sono stati mutuati alcuni elementi ascrivibili alla concettualizzazione del caso in Schema Therapy. In particolare, la terapeuta, oltre ad aver condiviso in seduta alcuni aspetti del suo funzionamento di Luca facendo

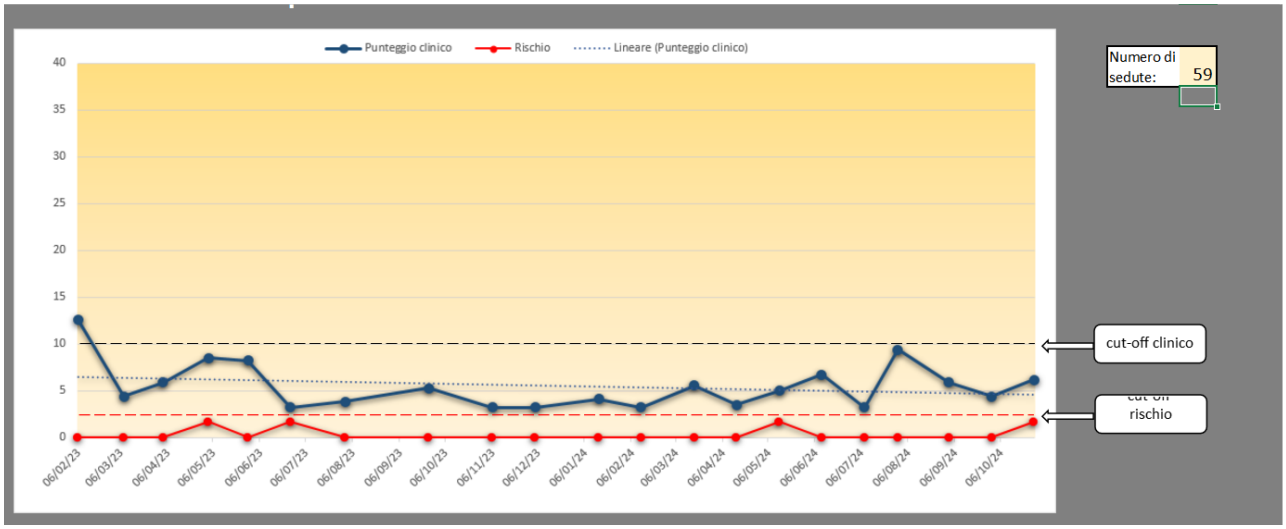
riferimento al concetto di bisogni frustrati, ha adottato un approccio validante provando ad aiutare il paziente a trovare modalità mature per l'espressione e la soddisfazione dei propri bisogni. Infine, è emerso come, all'interno della relazione terapeutica, Luca abbia messo in atto dei test relazionali che, in ottica Control-Mastery Theory, potrebbero essere definiti di test di transfert per ribellione.

Dopo aver condiviso con Luca un aspetto del suo funzionamento, relativo alla tendenza al distacco in risposta ad eventi stressanti, ha avviato spontaneamente la stesura di un diario per annotare gli eventi significativi. Questo ha consentito sia di migliorare le abilità di monitoraggio ma anche di rendere ancora più esplicite al paziente stesso le proprie modalità, riconoscendo per esempio il forte ruolo dell'evitamento rispetto all'emozione della tristezza. Si segnala che il paziente sembra avere particolarmente beneficiato della restituzione del profilo di funzionamento all'interno del quale la sintomatologia alimentare è stata riletta alla luce del disturbo da stress post-traumatico complesso, con una funzione ipotizzabile di regolazione secondaria alla difficoltà di gestione degli stati emotivi. Sono state introdotte attività volte a sviluppare abilità assertive, con l'obiettivo di ridurre modalità relazionali disfunzionali caratterizzate da un'accondiscendenza iniziale alle richieste dell'altro, seguita da vissuti di rabbia o tristezza legati al mancato riconoscimento dei propri bisogni. Il lavoro è stato orientato a incentivare un'espressione più autentica e diretta dei bisogni personali. Permangono tuttavia delle difficoltà nella ricostruzione di aspetti rilevanti di vulnerabilità storica, principalmente legate alla difficoltà del paziente nel richiamare alla memoria eventi del passato connessi a esperienze di minaccia o sofferenza. Tale limite ha comportato difficoltà nell'applicazione di specifiche tecniche, come l'imagery with rescripting.

Valutazione di esito

Nel corso della terapia, è stato svolto con regolarità il monitoraggio degli esiti dell'intervento mediante la somministrazione a cadenza mensile del questionario CORE-OM (si veda grafico riportato in calce). Si possono identificare degli indicatori che consentono di ipotizzare il

raggiungimento di alcuni progressi da parte del paziente. Tra questi, la riduzione dello stato di ipervigilanza nel contesto familiare; la maggiore consapevolezza del proprio funzionamento interpersonale, inoltre, ha dato al paziente maggiore accesso ai suoi bisogni. Questo sembra essere associata a un incremento nella capacità di "stare" negli stati emotivi negativi e di tollerarli: un possibile indicatore comportamentale si può rintracciare nell'aver avviato un confronto con la madre in merito alla situazione familiare senza manifestazioni di rabbia, ma come prezioso momento di condivisione di vissuti di tristezza e come possibilità di verbalizzare i propri bisogni di protezione nel contesto familiare. In seduta, si riscontra un miglioramento nella capacità di restare in stanza e tollerare la condivisione con la terapeuta della manifestazione comportamentale della sofferenza (pianto): la stanza della terapia è stata definita dallo stesso paziente "un posto sicuro". Si è assistito a una riduzione degli evitamenti legati alla lettura ad alta voce, che all'inizio del percorso erano presenti anche all'interno del setting terapeutico. Permane tuttavia una significativa difficoltà nella condivisione degli stati emotivi di sofferenza. La condivisione in seduta di alcuni aspetti relativi alla propria omosessualità suggerisce una riduzione degli evitamenti associati a tale sfera, nonché una maggiore integrazione di questo aspetto nella costruzione della propria identità; in occasione dell'ultimo incontro, infatti, Luca definisce se stesso come una persona "libera di amare chi vuole". A questo si associa una riduzione in intensità della labilità emotiva, che però tuttora persiste.



Elisa Fucà, Psicologa, Psicoterapeuta, Roma

Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Fiore e Gragnani

e-mail: elisa.fuca.sci@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