psicoterapeuti in-formazione

2024, NUMERO 34

Il caso di Irina: la disattenzione tra ADHD e maladaptive daydreaming

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

Il presente lavoro descrive il caso di Irina, una giovane donna con una storia di maltrattamenti emotivi e neglect che hanno contribuito a sviluppare una percezione di sé come persona ignorata e non voluta. Irina presenta un quadro ansioso-depressivo associato a sintomi di ADHD, tra cui difficoltà di attenzione, problemi di organizzazione e gestione del tempo, impulsività e difficoltà nel completare i compiti, che incidono negativamente anche sul rendimento accademico. Queste difficoltà si accompagnano a relazioni interpersonali caratterizzate da una forte tendenza all'autoinvalidazione e al timore di esprimere i propri bisogni per paura di rifiuti o reazioni negative. Dal profilo clinico emerge inoltre la presenza di maladaptive daydreaming, interpretato come un meccanismo dissociativo legato a esperienze traumatiche. Il percorso terapeutico ha portato a un miglioramento significativo nella consapevolezza di sé e nelle dinamiche relazionali, favorendo uno stile comunicativo più assertivo e un aumento della cura di sé.

Parole chiave: Disturbo Da Deficit Di Attenzione/Iperattività; Maladaptive Daydreaming; Dissociazione; Maltrattamento

Irina: Inattention Between ADHD and Maladaptive Daydreaming

Summary

This paper describes the case of Irina, a young woman with a history of emotional abuse and neglect that contributed to the development of a self-perception as an ignored and unwanted person. Irina presents with an anxious-depressive condition associated with symptoms of ADHD, including attention difficulties,

Elisa Fucà, Il caso di Irina: la disattenzione tra ADHD e maladaptive daydreaming, *N. 34, 2024, pp. 118-135.*
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

problems with organization and time management, impulsivity, and challenges in completing tasks, which negatively impact her academic performance. These difficulties are accompanied by interpersonal relationships characterized by a strong tendency toward self-invalidation and fear of expressing her needs due to concerns about rejection or negative reactions. The clinical profile also reveals the presence of maladaptive daydreaming, interpreted as a dissociative mechanism linked to traumatic experiences. The therapeutic process led to significant improvements in self-awareness and relational dynamics, fostering a more assertive communication style and increased self-care.
Keywords: Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Maladaptive Daydreaming; Dissociation; Maltreatment

Introduzione

Irina, 21 anni, studentessa di psicologia, diplomata al liceo scientifico, lavora saltuariamente al montaggio video con un suo amico. Nata in Ucraina; si è trasferita in Italia all'età di 2 anni con i genitori, vivendo per i primi due anni in casa della zia paterna. Attualmente, Irina vive in un quartiere popolare di una grande città con la madre (44 anni, laureata, impiegata) e il fratello minore (10 anni; descritto come un bambino poco autonomo, con problematiche di ansia e isolamento sociale). Il padre (45 anni, laureato, artigiano) spesso dorme fuori casa per raggiungere più comodamente il posto di lavoro ed è descritto dunque come assente. Parte delle famiglie di origine dei genitori di Irina è rimasta in Ucraina, mentre i rapporti con i familiari trasferitisi in Italia vengono definiti tesi. Entrambi i genitori non frequenterebbero regolarmente amici. Il nucleo familiare di Irina viene descritto dunque come sostanzialmente isolato.

Al momento del primo colloquio, svolto quando aveva 19 anni, Irina frequentava da circa 2 anni Daniele, un ragazzo più piccolo di lei di un anno; nel corso dei primi incontri la relazione viene descritta come fonte di supporto e sostegno emotivo. Dopo circa sei mesi dall'avvio della terapia, la relazione con Daniele termina per scelta di Irina. Solo dopo i primi mesi dall'avvio del percorso, Irina condivide le difficoltà vissute nella relazione con Daniele, riconducibili al senso di costrizione – presente anche nell'intimità, definita "straziante" - e al peso di un'eccessiva responsabilizzazione percepiti dalla ragazza. Dopo un anno dell'inizio

della terapia, conosce online Jonas, un ragazzo di 27 anni che vive in Svezia e inizia una relazione che attualmente è in corso.

Lo studio viene da sempre vissuto con estrema difficoltà a causa di problemi con la lingua italiana negli anni delle elementari (riferisce scarsa esposizione alla lingua italiana nonostante la scolarizzazione) e di problemi di attenzione alle medie e al liceo; riporta una bocciatura in prima media. Ciononostante, il rendimento scolastico è sempre stato discreto. Con l'ingresso in università, invece, le difficoltà di organizzazione nello studio presenti da sempre ("a scuola avevo le scadenze a motivarmi, all'università non ho scadenze e posticipo"), unite alle frequenti richieste relative alla gestione della casa e del fratello minore, sembrano essere un importante ostacolo al rendimento. Irina avrebbe voluto iscriversi al liceo artistico, ma su pressione della madre si è iscritta al liceo scientifico. Riporta di avere avuto conflitti con la madre anche rispetto alla scelta della facoltà universitaria, perché la madre avrebbe voluto che Irina frequentasse medicina.

La rete sociale di Irina è molto povera, riporta di aver coltivato pochi rapporti anche all'interno del contesto scolastico ("trascorro la parte iniziale della ricreazione a orbitare intorno ai gruppetti che si creano ma poi mi arrendo e me ne vado"). Con l'ingresso all'università, sebbene inizialmente avesse ampliato la cerchia di conoscenze, progressivamente anche con questo gruppo di amici è sopraggiunto un senso di estraneità ["in effetti non abbiamo così tanto in comune"], la frequenza delle lezioni universitarie è diventata meno assidua e i rapporti si sono diradati.

Irina coltiva diversi interessi, come il disegno, il teatro, la lettura e l'uncinetto e ha sempre praticato sport.

Non assume terapie farmacologiche di alcun tipo.

Irina si rivolge al CSM chiedendo specificamente una valutazione per ADHD da presentare alla scuola in vista dell'esame di maturità. Dopo i primi 2 incontri, chiede di non coinvolgere i genitori per eventuali colloqui finalizzati alla ricostruzione della storia di sviluppo, ma di poter avviare una presa in carico per psicoterapia per "conoscersi e stare meglio". Emergono inoltre preoccupazioni rispetto alla possibilità di essere autistica o avere

un disturbo bipolare. Irina svolge anche dei colloqui con uno psichiatra che non prescrive alcuna terapia farmacologica, ma da indicazioni ad assumere un integratore a base di melatonina per il sonno.

Al primo colloquio appare vigile, lucida, orientata nei 3 assi. Appare sufficientemente curata nell'aspetto e nell'igiene personale. Vistose occhiaie. Accede al colloquio con atteggiamento collaborante seppur inibito: più volte nel corso del colloquio, infatti, fatica a mantenere il contatto oculare con il clinico, orientando lo sguardo altrove nella stanza o rivolgendolo al pavimento. La postura è dimessa e la mimica facciale è ipoespressiva. Presenti quote d'ansia libera. Prova più volte nel corso del colloquio a leggere gli appunti del clinico. Eloquio fluido caratterizzato da ritmo lievemente accelerato, il tono di voce è adeguatamente modulato; l'eloquio viene costantemente accompagnato da comunicazione non verbale esprimente sarcasmo nei confronti della propria condizione. L'umore appare orientato verso le basse polarità e l'affettività risulta congrua. Il contenuto del pensiero verte principalmente sulla preoccupazione di poter avere l'ADHD. Non si rilevano alterazioni di forma e contenuto del pensiero; il flusso ideico appare veloce.

Descrizione dei problemi presentati

Irina descrive una sintomatologia ascrivibile a un quadro ansioso-depressivo, presente da un anno e caratterizzato da un corteo sintomatologico presente quasi tutti i giorni da più di un anno e costituito da umore depresso, pensieri di morte presenti quasi quotidianamente in assenza di franca ideazione suicidaria, sentimenti di autosvalutazione associati a un'immagine negativa di sé ("fallisco sempre in tutto"). Vengono inoltre riferite preoccupazioni costanti per il proprio futuro (timore di scelte sbagliate sull'università e di dover entrare in confitto con la madre) e timore di esclusione e rifiuto nelle relazioni interpersonali, associati al timore di risultare irritante e socialmente inetta. A questo si associa un ritmo sonno-veglia marcatamente alterato, caratterizzato da difficoltà di addormentamento legate alla presenza di rimuginio e dal volontario ritardo nell'addormentamento per riuscire a organizzare i tempi di studio. L'alimentazione viene descritta come disorganizzata e vengono inoltre riportate difficoltà a consumare i pasti

davanti ad altre persone ("se mangio davanti agli altri penseranno che sto facendo qualcosa di disgustoso").

Irina descrive inoltri periodi in cui il tono dell'umore sarebbe più elevato del solito: in questi periodi, della durata di pochi giorni, si sentirebbe molto energica, incrementerebbe attività finalizzate ("faccio in un giorno le cose che mi ero programmata di fare in una settimana") e sarebbe più loquace del solito. Riferisce che le alterazioni dell'alimentazione seguono le oscillazioni dell'umore. Dopo una raccolta anamnestica più puntuale e circostanziata, e dopo avere avuto modo di osservare direttamente la paziente per una finestra temporale più lunga, è emerso come questi episodi non fossero ascrivibili a franche fasi ipomanicali o maniacali: non presenti fuga di idee, grandiosità, irritabilità, coinvolgimento in attività a rischio, distraibilità (in termini di modifiche alla baseline), né ridotta necessità del sonno (rispetto alla baseline). Il riferito della paziente su questi episodi sarebbe dunque riconducibile a una generale tendenza presente all'inizio del percorso a enfatizzare la sintomatologia [si veda vulnerabilità storica].

Da sempre, sarebbero presenti marcate difficoltà di concentrazione, difficoltà di organizzazione nei compiti che esiterebbero in tendenza alla procrastinazione ("funziono meglio quando faccio tutto alla fine e sono sotto pressione"), difficoltà a rispettare i turni della conversazione, scarsa tolleranza alla noia. Racconta di avere necessità di rinforzi (anche auto-imposti) per portare a termine attività del vivere quotidiano (per es, prendere i mezzi per andare in università). Tali difficoltà avrebbero avuto marcate ripercussioni non solo all'interno del contesto accademico, ma anche sul funzionamento sociale. Nel tentativo di ricostruire la storia del sintomo di disattenzione, è emerso come in passato le difficoltà di attenzione fossero – almeno in parte - l'esito di attività massiva di maladaptive daydreaming, messa in atto soprattutto all'interno del contesto scolastico con lo scopo di rispondere alla sensazione di isolamento sociale, ottenendo gratificazione da un'attività mentale con contenuti piacevoli (per es., storie in cui lei è una cantante famosa e si esibisce su un palco). Emerge altresì come quelli cui Irina si riferisce come "momenti di distrazione" sembrino in realtà essere, in alcuni contesti, momenti di ottundimento emotivo, che si manifestano come

sensazione di confusione.

Le relazioni interpersonali vengono vissute con il timore costante di essere ignorata o di risultare "fastidiosa", "irritante", o "antipatica" e viene descritta una modalità relazionale caratterizzata da scarsa assertività.

La relazione con la madre viene riportata come una delle maggiori fonti di sofferenza per Irina. La madre viene descritta come autoritaria, poco attenta ai bisogni della figlia e costantemente svalutante nei confronti delle richieste di aiuto di Irina in merito al suo stato di salute mentale. Rispetto al padre, Irina racconta di una condizione di abuso di alcol e lo descrive come un padre assente. Rispetto alle dinamiche familiari generali, Irina riferisce di sentirsi costantemente esclusa dal binomio madre-fratello e "del tutto ignorata".

Attualmente, nega tentativi di suicidio e autolesività non suicidaria. Nega uso di sostanze; fa raramente uso di alcol a scopo ricreativo. Mai avviati percorsi psicoterapeutici né trattamenti psicofarmacologici, ma dichiara di aver cominciato a pensare di rivolgersi a un terapeuta dalle medie.

Nel corso dei colloqui, Irina motiva l'interesse per le multiple diagnosi come "modo per capire perché non è come gli altri".

Anamnesi familiare: cugino con disturbo dello spettro dell'autismo, cugino con sospetto ADHD, zia paterna descritta come impulsiva e con marcata instabilità relazionale.

Ipotesi diagnostica: flessione del tono dell'umore e disturbo dissociativo senza specificazione in ADHD e tratti del disturbo evitante di personalità.

Profilo interno del disturbo

Irina sperimenta ricorsivamente la sensazione di essere sbagliata, fastidiosa e ignorata/rifiutata ("mi sento una stupida ma non come QI, come stile di vita", "io ci provo ad avere rapporti ma ho sempre la costante sensazione che non mi vogliano"). L'altro invece è visto come trascurante, invalidante e minaccioso. Connessa all'idea di sé come sbagliata, e di importanza centrale nell'economia del suo profilo di funzionamento, vi è una forte tendenza all'autoinvalidazione che rende Irina incapace di esprimere e far valere i propri bisogni nelle relazioni interpersonali. Questa modalità è generalizzabile a tutte le relazioni

personali più prossime. Nel momento in cui emerge un conflitto tra le richieste dell'altro e le proprie necessità, si fa strada in Irina il timore che l'espressione dei propri bisogni, manifestata anche sotto forma di rifiuto ad accondiscendere alle richieste dell'altro, possa determinare una reazione abnorme con conseguenze infauste e/o un allontanamento da parte dell'altro. Ciò risulta in uno stile relazionale scarsamente assertivo, ma soprattutto in una sistematica negazione della possibilità di far valere le proprie necessità. Ciò porta Irina a vivere un profondo stato di sofferenza emotiva, data dal conflitto tra il riconoscimento del proprio bisogno e il timore che la relazione possa essere chiusa per una sua responsabilità, confermando così la credenza su di sé come fastidiosa e, dunque, rifiutata. Gli esiti comportamentali di questa tendenza si possono identificare, per esempio, nella difficoltà a portare a termine delle attività che riguardano i propri progetti di vita (per es., ridurre la frequenza alle lezioni universitarie per poter far fronte alle pressanti richieste di prendersi cura del fratello).

Per ciò che concerne le relazioni di coppia, la forte autoinvalidazione si è tradotta, nella relazione con Daniele, nell'aver accettato per due anni di venire incontro alle richieste sessuali derivanti da un'ipotizzabile parafilia del fidanzato, vivendo per l'intero arco della relazione una vita sessuale definita "straziante", "fonte di ansia perché era una costante performance per rispettare i canoni che lui si era creato coi porno".

Le emozioni esperite in maniera problematica, dunque, possono essere rintracciate in: ansia per la reazione dell'altro, vissuta come una minaccia; rabbia per il danno subito rispetto alla realizzazione del proprio bisogno, ma non agita perché vissuta come potenzialmente pericolosa; tristezza associata al pensiero che l'altro non si curi dei suoi bisogni; emergono inoltre autocritica e disprezzo di sè secondario alla rabbia. È altresì rilevabile una tendenza all'*emotional numbing* in momenti di forte attivazione emotiva, specie in situazioni in cui Irina paventa un conflitto relazionale, vissuto come una vera e propria minaccia ("spesso non ricordo l'episodio in sé ma ricordo che ero a disagio").

La tendenza all'autoinvalidazione si rileva anche in risposta al riconoscimento dei propri punti di forza.

A	B	C
Ricevo dal mio ragazzo una foto a contenuto sessuale in risposta ad un mio sms a contenuto neutro	"ma non lo capisce che quando fa così mi fa stare male?" "non mi capisce"	Rabbia (7) Tristezza (8) ➔ Rimugina sui motivi per cui lui si comporta così
A_2	B_2	C_2
Rabbia	"lui è fatto così e non può cambiare, io invece potrei farlo… sono proprio una stronza"	Senso di colpa e disprezzo di sé (9)

Nella relazione col fratello, spesso prevale senso del dovere sostenuto da una "colpa del sopravvissuto" derivante dal riconoscimento della propria autonomia, vissuta non come un proprio traguardo ma come esito di un caso favorevole (il fratello pratica ancora co-sleeping, non ha amici della sua età e trascorre la maggior parte del tempo fuori scuola a casa davanti al pc senza alcuna forma di monitoraggio da parte dei genitori). Tuttavia, a tratti emerge invidia per il trattamento che Irina sente di non aver mai ricevuto da parte dei genitori.

Nel contesto sociale, la tendenza di Irina alla distraibilità - presente da sempre - si intreccia con la messa in atto di rimuginio nel momento in cui si trova a interagire all'interno dei contesti di gruppo ("mentre gli altri parlavano mi sono ritrovata a pensare che loro fumano tutti e io non fumo e ho cominciato a chiedermi se in effetti fosse il caso per me di stare lì e poi mi sono accorta che non avevo seguito più nulla della conversazione"). Questo a sua volta ha un "effetto domino" sulla riduzione della sua effettiva partecipazione agli scambi conversazionali, con il risultato di confermare la sua aspettativa di essere ignorata.

A	B	C
Mentre sta per avvicinarsi per chiedere un [ennesimo tentativo di] chiarimento, la sua compagna di corso le dice ad alta voce: "Irina, NO" facendole segno di non avvicinarsi.	"evidentemente non le sto simpatica, non mi corrisponde"	Tristezza (8), senso di pesantezza al petto ➔ Tendenza all'azione: andar via ➔ Azione: resta nei paraggi a far finta di controllare il cellulare

A_2	B_2	C_2
Tristezza	"non ha senso essere triste per una persona che ho visto 4 volte in vita mia, non è normale, sono una cretina"	Disprezzo di sè (7)

A	B	C
Nota che il gruppetto di compagni di corso che ha appena salutato si avvia compatto verso un'unica direzione [opposta alla sua]	"e se stanno andando tutti a pranzo da Maria e sono l'unica a non essere invitata?" "già mi stanno mettendo da parte?"	Ansia (9), tachicardia ➔ Rimugina sulle diverse spiegazioni possibili per rassicurarsi

Si ipotizza la presenza di disfunzioni a carico delle abilità metacognitive di monitoraggio e di decentramento. Nel corso della narrazione, infatti, i riferimenti agli stati emotivi sono rari e vaghi (molti dei vissuti riportati ricadono sotto l'etichetta di "frustrazione") e Irina fatica a riconoscere anche la componente somatica delle emozioni. Inoltre, sembra che Irina manifesti difficoltà nel mettersi nei panni degli altri e nel fare inferenze plausibili sugli stati mentali altrui prescindendo dal proprio punto di vista (vedi ABC). Risulta essere molto sensibile ai segnali interpersonali che indicano la possibilità di essere esclusa.

Globalmente, si può affermare che l'intreccio dato dalla vulnerabilità neurobiologica (ADHD) e temperamentale (forte propensione alla fantasia alla base di meccanismi dissociativi), unita a meccanismi di mantenimento come evitamenti e rimuginio abbia contribuito a creare una "tempesta perfetta" che, nel corso della storia di Irina, ha sostenuto un generale senso di estraneità e disconnessione rispetto al mondo circostante.

Fattori e processi di mantenimento

I fattori di mantenimento che contribuiscono a rafforzare le credenze negative che Irina ha maturato su di sé e sugli altri sono sia di tipo intrapsichico che interpersonale. Tra i fattori intrapsichici si possono identificare: l'attenzione selettiva a segnali di minaccia di esclusione; il problema secondario, che si manifesta con la tendenza a giudicare le proprie reazioni emotive inadeguate, rinforzando credenze negative su di sé; la catastrofizzazione ("se dico

una cosa fuori posto gli altri penseranno che sono fastidiosa e mi allontaneranno"), il bias interpretativo che porta Irina a interpretare in modo sistematicamente errato o negativo, coerente però con le sue credenze disfunzionali, situazioni ambigue o neutrali. Importante risulta essere altresì il ruolo giocato dal rimuginio e dalla ruminazione, quest'ultima a sostegno della sintomatologia depressiva. Per ciò che concerne i fattori interpersonali, è ipotizzabile che il timore di essere giudicata irritante dagli altri, che la porta a chiedere costantemente rassicurazioni, finisca per confermare la credenza disfunzionale (vedi ABC). Agito nel contesto relazionale, il rimuginio rappresenta un ulteriore fattore di mantenimento interpersonale, contribuendo ad aumentare il senso di estraneità di Irina.

Scompenso

Irina racconta di aver iniziato a pensare di chiedere aiuto fin dalle medie. La conclusione del percorso scolastico, con la necessità di prendere una decisione sul percorso universitario - e il conseguente timore di fare una scelta sbagliata e di entrare in conflitto con la madre rispetto alla scelta della facoltà universitaria - sembrerebbe aver giocato un ruolo decisivo nella decisione di intraprendere un percorso di psicoterapia, riattivando il conflitto tra il desiderio di autodeterminazione e la paura di deludere le aspettative materne. La prospettiva di dover prendere una decisione autonoma — in un ambito, quello formativo, già segnato in passato dalla rinuncia forzata a inclinazioni personali (come nel caso della mancata iscrizione al liceo artistico) — ha fatto emergere il timore di compiere una scelta "sbagliata" che potesse compromettere la relazione con la madre o essere oggetto di critica e disconferma. Questo ha messo in crisi uno scopo centrale per Irina: poter affermare un'identità autonoma senza mettere a rischio il legame affettivo, confermando la credenza disfunzionale di sé come persona incapace di esprimere bisogni senza conseguenze negative.

Vulnerabilità

Alcuni elementi legati alla storia di vita sembrano essere aver contribuito a maturare una credenza di sé come persona ignorata, non voluta ed esclusa. In seguito al trasferimento in Italia, la famiglia ha vissuto per due anni in condizioni estremamente precarie, condividendo

uno spazio inadeguato con la zia paterna. Successivamente, Irina ha vissuto in ambienti abitativi degradati e spesso condivisi con adulti estranei, di cui però Irina avrebbe un buon ricordo. È ipotizzabile che la scarsità di occasioni di condivisione di momenti ludico-ricreativi con altri bambini abbia contribuito ulteriormente alla sensazione di esclusione, estendendola anche al contesto dei pari.

Irina racconta di essere stata esposta da sempre a violenza domestica e di essere stata lei stessa oggetto di maltrattamenti fisici da parte della madre e della nonna materna. Il comportamento materno è percepito come imprevedibile anche nelle manifestazioni positive, contribuendo a un'esperienza di confusione emotiva e instabilità relazionale ("una mattina mi hanno portata a Gardaland senza dirmi nulla, non capivo"). In generale, però, racconta di aver vissuto come particolarmente dolorosa la sensazione di non essere considerata "un essere vivente a tutti gli effetti": "mi davano da mangiare e un tetto, ma non gliene fregava nulla se stavo bene o male o di chi fossi io". Fin dall'infanzia Irina ha cercato modalità creative di ottenere attenzione (es. "teatrini" pomeridiani), ma tali strategie si sono rivelate inefficaci nel tempo, alimentando un sentimento di invisibilità e invalidazione. Sulla base della letteratura scientifica che indica un'associazione tra attività di maladaptive daydreaming e condizioni di maltrattamento e neglect in età evolutiva (es. Somer et al., 2016 e 2021), si può ipotizzare che il maltrattamento fisico ed emotivo subito da Irina, insieme alla sua predisposizione alla fantasia (Somer et al., 2016) abbiano contribuito all'emergere dell'attività di daydreaming come forma di "assorbimento dissociativo" (Bigelsen et al., 2016).

Uno dei primi episodi dissociativi riportati risale all'età di 9 anni, in seguito a un'esperienza di molestia, a cui fece seguito un mancato riconoscimento materno del vissuto. Questo pattern si ripete in altri momenti cruciali, come l'esordio dell'autolesionismo in età preadolescenziale, che non viene rilevato né preso in carico dalla famiglia. In generale, è emerso come alle richieste di aiuto alla madre seguiva l'esperienza, poi divenuta aspettativa, di non essere creduta se non apertamente svilita/invalidata.

L'aspettativa di reazioni abnormi in risposta all'espressione dei propri bisogni si collega a un episodio che sarebbe avvenuto poco prima dei suoi 12 anni. Dopo aver insistentemente chiesto di poter organizzare una festa di compleanno al parco con i compagni, la madre avrebbe acconsentito, ma il giorno dell'evento avrebbe prolungato volontariamente il tragitto con varie commissioni, arrivando al parco in ritardo e trovandolo ormai vuoto. Irina riporta una sensazione di "confusione" mentre, in macchina, iniziava a realizzare che non sarebbe arrivata in tempo. Nei giorni successivi, la madre avrebbe negato che l'episodio fosse mai accaduto.

Trattamento psicoterapeutico

Nonostante si sia resa necessaria una rinegoziazione degli obiettivi del percorso, spostandoli dalla richiesta circoscritta di una valutazione per ADHD a una presa in carico per psicoterapia, Irina si è mostrata fin dall'inizio curiosa e decisa nell'intraprendere il percorso. Gli obiettivi del trattamento sono stati discussi con Irina dopo una fase iniziale di assessment e sono stati identificati principalmente in un miglioramento nella conoscenza del proprio funzionamento e nel miglioramento del tono dell'umore. Tali obiettivi si sono articolati più dettagliatamente nel corso degli incontri come segue: imparare a monitorare i propri stati mentali ed emotivi; imparare ad accettare le emozioni, soprattutto la rabbia; la comprensione e la gestione della sintomatologia dissociativa; il contenimento del rimuginio attraverso la promozione di un atteggiamento maggiormente rivolto al "qui ed ora", soprattutto nel contesto interpersonale; la promozione di stili di coping atti a migliorare l'espressione dei propri bisogni; promozione delle abilità di organizzazione dello studio.

Razionale, strategie e tecniche

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Riduzione dello stato di minaccia	Ricostruzione della vulnerabilità storica Comprensione sintomatologia dissociativa	▫ Imagery assessment ▫ Psicoeducazione sulla dissociazione e sulle condizioni di vulnerabilità (es. insonnia)

		▫ Interventi di validazione ▫ Tecniche di grounding
Gestione funzionale della rabbia	Migliorare abilità metacognitive di monitoraggio Modifica dei meccanismi di mantenimento (problema secondario) Apprendere le abilità sociali da utilizzare sia nel gruppo dei pari che nel contesto familiare	▫ ABC ▫ Psicoeducazione ▫ Tecniche di accettazione ▫ Interventi di validazione ▫ Training di abilità assertive
Riduzione della sintomatologia associata ai tratti del disturbo evitante di personalità	Favorire la comprensione delle dinamiche interpersonali, attraverso l'analisi dei cicli interpersonali e dei fattori di mantenimento intrapsichici (bias di attenzione, rimuginio, bias di interpretazione) Riduzione credenze disfunzionali su sé stessa	▫ Condivisione del modello di funzionamento ▫ Intervento sulle metacredenze positive sul rimuginio ▫ Intervento di manipolazione dell'attenzione per riduzione rimuginio ▫ Interventi di validazione
Migliorare le difficoltà nello studio	Promuovere le capacità di pianificazione e organizzazione delle attività	▫ Strategie di pianificazione (uso di strumenti come agende e checklist per pianificare le attività di studio) ▫ Suddivisione dei compiti complessi in piccoli passi gestibili ▫ Uso di timer per favorire la concentrazione con pause programmate ▫ Tecniche di rinforzo positivo ▫ Creazione di un ambiente di studio ottimale, riducendo stimoli distraenti.
Riduzione della recidiva	Ridurre sensibilità ai temi di esclusione e promuovere visione di sé maggiormente positiva	▫ Condivisione del modello di funzionamento ▫ Interventi di validazione ▫ Focus su obiettivi esistenziali

Descrizione della terapia

Complessivamente, il percorso è durato poco più di un anno e mezzo per un totale di 45 sedute con sedute a cadenza settimanale per il primo anno ma con frequenza discontinua nei periodi a cavallo tra l'estate e l'autunno. I primi incontri si sono focalizzati sulla definizione del problema e sulla definizione di una relazione terapeutica basata sull'accoglienza e sulla validazione. Si è proposto fin da subito a Irina l'utilizzo del "tu" per favorire una relazione simmetrica, utilizzato però nel corso degli incontri in maniera incostante dalla paziente nei confronti della terapeuta.

Nelle prime fasi dell'intervento e, più sporadicamente, anche in fasi più avanzate del percorso, la relazione terapeutica ha subito flessioni nell'alleanza collegate alla tendenza, da parte della terapeuta, a mettere in dubbio i racconti della paziente. Tale dinamica è emersa a seguito dell'impressione che, in alcune circostanze, la paziente potesse esagerare i sintomi, riportando descrizioni che sembravano riprese direttamente dalla lettura del DSM o da approfondimenti di altra natura. Inoltre, i resoconti relativi ad alcuni episodi dell'infanzia risultavano talmente esagerati da apparire poco verosimili, suscitando dubbi sulla loro autenticità. Questi momenti hanno generato tensioni nella relazione terapeutica, inducendo la terapeuta ad assumere a tratti una modalità "inquisitoria" nei confronti della paziente nel tentativo di ripristinare una verità storica rispetto agli episodi raccontati, per esempio con domande volte a verificare le coincidenze temporali tra gli episodi raccontati. Questo ha rischiato di far esperire nuovamente alla paziente una sensazione a lei ben nota, cioè quella di non essere creduta e invalidata. Si è dunque cercato di contestualizzare il comportamento della paziente alla luce del suo sistema di credenze e della sua storia di vita: la tendenza all'esagerazione è stata dunque riletta come una modalità per chiedere attenzione e validazione, riflesso del bisogno di Irina di sentirsi "vista" e riconosciuta nella relazione con l'altro. Questo ha permesso di superare i momenti di difficoltà senza invalidare l'esperienza della paziente: gli interventi di validazione si sono dunque rivolti principalmente alle emozioni della paziente, con un focus sul significato del racconto piuttosto che sulla sua veridicità.

Sono state inoltre riscontrate dalla terapeuta delle difficoltà nel lavorare sugli obiettivi relativi alle difficoltà di organizzazione dello studio. Nello specifico, è emersa una difficoltà da parte della paziente nel mettere atto le strategie suggerite (si veda tabella), principalmente a causa di difficoltà nello stimare correttamente il tempo necessario per lo svolgimento dei compiti, il che la portava a procrastinare o a sovraccaricarsi nelle fasi finali. Poiché nel corso degli incontri è emerso come, parallelamente alle difficoltà connesse al deficit esecutivo tipico dell'ADHD, le dinamiche familiari contribuissero alle difficoltà di organizzazione dei tempi di studio (es. difficoltà a dire di no alle richieste relative alla gestione del fratello), parte del lavoro sull'organizzazione dello studio si è focalizzata prioritariamente sugli aspetti relazionali all'interno del contesto familiare, in linea con gli altri obiettivi della terapia.

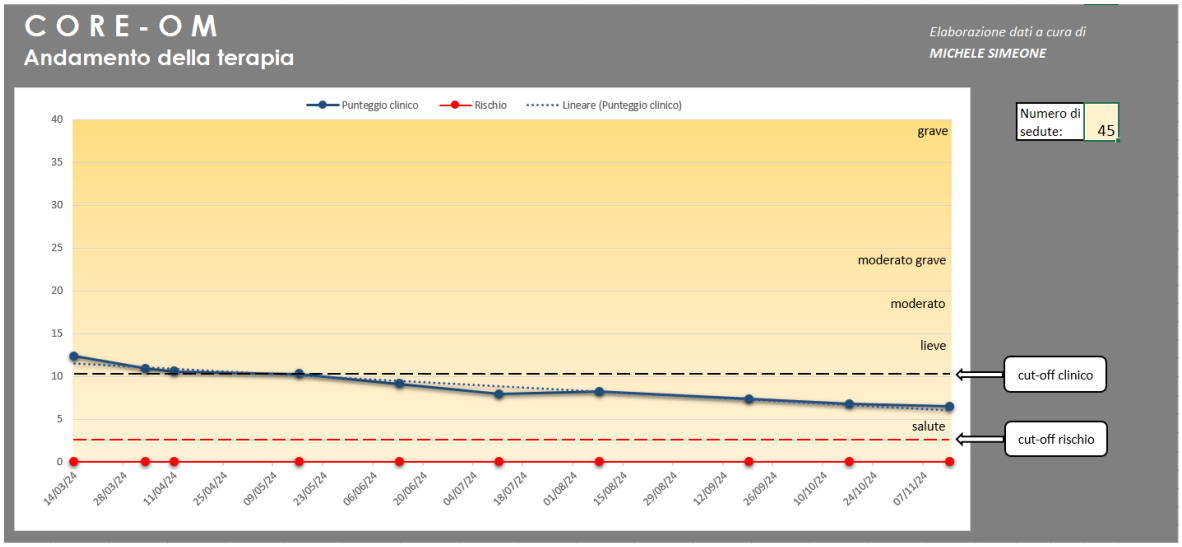
La terapia è stata interrotta a causa del termine del periodo di tirocinio della terapeuta presso la struttura in cui Irina aveva avviato la presa in carico. L'interruzione della terapia non ha reso possibile proseguire il lavoro sul miglioramento delle difficoltà di studio. La comunicazione della necessità di interrompere il percorso è avvenuta mesi prima dell'effettiva interruzione, in modo da condividere con Irina l'obiettivo primario dell'ultimo periodo di intervento e cioè la prevenzione delle ricadute. Nel far questo, sono stati prima di tutto ricapitolati i progressi fatti, rivedendo insieme gli obiettivi iniziali, i cambiamenti raggiunti e le strategie apprese. Il periodo di preparazione all'interruzione, inoltre, ha consentito di esplorare con Irina le emozioni che la fine del percorso stava evocando, principalmente sentimenti di abbandono. Particolare attenzione è stata data alla promozione del senso di autoefficacia: gli interventi di rassicurazione e validazione sulle risorse e sulle abilità acquisite hanno sottolineato come queste possano essere utilizzate autonomamente da Irina.

Valutazione di esito

Oggi in Irina si riscontra un significativo miglioramento nella cura di sé, nonché una riduzione dell'insonnia (dorme stabilmente 6-7 ore per notte). È stato inoltre possibile favorire un cambiamento di prospettiva più funzionale e auto-compassionevole. Questo

lavoro ha consentito a Irina di spostare il focus da una visione fortemente autocritica a una comprensione più equilibrata delle dinamiche relazionali e del proprio funzionamento interno, sviluppando una maggiore capacità di riconoscere le proprie risorse e i propri limiti senza ricorrere al disprezzo di sé. Irina inoltre frequenta stabilmente due amiche conosciute in università, con le quali riesce a sentire un senso di condivisione nonostante il riconoscimento delle diversità caratteriali. Nella relazione con l'attuale fidanzato riesce a esprimere in maniera funzionale la propria rabbia nel momento in cui sente disagio per alcuni comportamenti messi in atto da lui: questo le ha consentito di avviare un circolo virtuoso che ha permesso di ridurre progressivamente il senso di potenziale minaccia conseguente all'espressione della propria rabbia. Seppure in misura molto minore, questo cambiamento è ravvisabile anche nella relazione con la madre: in alcune occasioni, infatti, Irina è riuscita ad assumere uno stile comunicativo più assertivo, rifiutandosi per esempio di svolgere commissioni richieste dalla madre che le avrebbero impedito di seguire lezioni importanti in università. È ipotizzabile che tali cambiamenti siano alla base del miglioramento sul tono dell'umore di Irina, che oggi appare sostanzialmente eutimica. Permangono tuttavia difficoltà nella relazione con la madre, relative principalmente al senso di invalidazione rispetto alla sofferenza di Irina e ai suoi obiettivi di vita. Permangono inoltre le difficoltà nello studio, sostanzialmente ascrivibili alle marcate difficoltà di organizzazione dei tempi a esso dedicati.

Negli ultimi 9 mesi 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).



Bibliografia

Bigelsen, J., Lehrfeld, J. M., Jopp, D. S., & Somer, E. (2016). Maladaptive daydreaming: Evidence for an under-researched mental health disorder. Consciousness and Cognition, 42, 254–266. https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.03.017

Somer, E., Abu-Rayya, H. M., & Brenner, R. (2021). Childhood Trauma and Maladaptive Daydreaming: Fantasy Functions and Themes In A Multi-Country Sample. Journal of trauma & dissociation : the official journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD), 22(3), 288–303. https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1809599

Somer, E., Somer, L., & Jopp, D. S. (2016). Childhood Antecedents and Maintaining Factors in Maladaptive Daydreaming. Journal of Nervous & Mental Disease, 204(6), 471–478. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000507

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