psicoterapeuti in-formazione

2024, NUMERO 34

Sparire per sopravvivere: ansia e disturbo dissociativo in stile evitante e paranoide di personalità

Claudia Ciabattoni[1]

[1]Scuola Psicoterapia Cognitiva, Roma

Riassunto

V. è una ragazza di 16 anni che presenta problematiche di ansia sociale con forte isolamento, difficoltà attentive e calo nel rendimento scolastico. La richiesta di aiuto arriva dai genitori, preoccupati per i suoi comportamenti e per il calo nel rendimento scolastico. La ragazza è spesso sovrappensiero e isolata nel suo mondo, manifesta apatia, ansia e isolamento sociale ed evita attivamente le interazioni sociali. Durante le situazioni sociali, come le verifiche orali o i gruppi di lavoro, sperimenta intensa ansia e pensieri catastrofici relativi al giudizio negativo degli altri su di sé, che la portano ad evitare e a distrarsi con il telefono o sognando ad occhi aperti. Ha una bassa autostima, si critica duramente e si percepisce come "*diversa*" e "*strana*". Ha ricevuto una diagnosi di Disturbo d'Ansia Sociale e mostra un'immagine di sé negativa, con forte autocritica e sensazione di inadeguatezza. In terapia, si lavora sulla costruzione dell'alleanza, sulla gestione dell'ansia e sul rafforzamento delle capacità sociali, con progressi iniziali nel rendimento scolastico e nella relazione terapeutica. Tuttavia, rimangono sfide importanti legate alla vulnerabilità emotiva e alla costruzione di competenze sociali più solide.

Parole chiave: Disturbo d'ansia, Disturbo Dissociativo, Evitamento, Maladaptive daydreaming, Età evolutiva

Disappear to survive: anxiety and dissociative disorder in an avoidant and paranoid personality style

Summary

V. is a 16 year-old girl experiencing social anxiety issues with significant social withdrawal, attentional difficulties, and a decline in academic performance. The request for help comes from her parents, who are worried about her behaviors and her worsening school results. She is often lost in her thoughts and isolated in her own world, displaying apathy, anxiety, and social withdrawal, actively avoiding social interactions. During social situations, such as oral exams or group work, she experiences intense anxiety and catastrophic thoughts related to negative judgments from others about herself, which lead her to avoid these situations and distract herself with her phone or daydreaming. She has low self-esteem, criticizes herself harshly, and perceives herself as "different"

Claudia Ciabattoni. Vittoria: ansia e disturbo dissociativo in stile evitante e paranoide di personalità. *N. 34, 2024, pp. 147-160.* 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

and "strange." She has been diagnosed with social anxiety disorder and shows a negative self-image, with strong self-criticism and feelings of inadequacy. In therapy, work focuses on building a therapeutic alliance, managing anxiety, and strengthening social skills, with initial progress in her academic performance and in the therapeutic relationship. However, significant challenges remain related to emotional vulnerability and the development of more solid social skills.

Keywords: Anxiety disorder, Dissociative disorder, Avoidance, Maladaptive daydreaming, adolescence

Presentazione del caso

V., è una ragazza di 16 anni che frequenta il II anno di un Liceo.

Vive con i genitori e i suoi 4 fratelli. V. non pratica sport, ha pochissimi interessi, passa la maggior parte del tempo a casa e ha un'unica amica dall'infanzia (trasferitasi in un altro stato con la famiglia) con cui, raramente, comunica per messaggio e che vede solo l'estate. V. ama leggere e disegnare ma passa la maggior parte del tempo al cellulare (motivo di litigio con la madre).

La richiesta di terapia arriva dai genitori perché preoccupati dalle problematiche attentive della ragazza ("*È spesso sovrappensiero, nel suo mondo*!"), dalla caduta nel rendimento scolastico, dall'apatia e dall'isolamento sociale ("*non ha amici e dobbiamo obbligarla a fare qualsiasi cosa*") e dalla presenza di self talk ("*Parla da sola a casa ma, a volte, anche fuori casa!"*).

Esame psichico. V. si presenta puntuale all'incontro. L'atteggiamento iniziale nei confronti del clinico è disponibile e collaborativo. Ordinata ma poco curata nell'aspetto e nell'abbigliamento (vestiario semplice, assenza di trucco) e in condizioni igieniche non ottimali (cattivo odore). Mimica facciale inizialmente inespressiva (fissità dello sguardo) ma modulabile nel corso della seduta e motilità ridotta. Assenza di eloquio spontaneo (solo in risposta a domande) e linguaggio adeguato rispetto al grado di istruzione. I nessi associativi sono preservati. I contenuti del pensiero sono scarsi e poveri.

Vigile, lucida, e orientata nei 3 assi; a volte, durante il colloquio, soprattutto durante il turno conversazionale della terapeuta, lo sguardo diventa fisso e la ragazza sembra perdere il filo del discorso. Umore tendente verso le basse polarità ma sufficientemente modulabile. Presente consapevolezza rispetto al proprio stato ansioso. Il paziente nega TS e ideazione suicidaria.

Descrizione dei problemi presentati

La richiesta di aiuto arriva dai genitori a seguito del calo nel rendimento scolastico. I voti scolastici di V., infatti, sono peggiorati a partire dalla classe I secondaria di I grado. Attualmente la ragazza non riesce ad organizzare lo studio, spesso lo evita e si blocca durante le prove orali.

La paziente non è mai stata seguita in psicoterapia e non assume terapia farmacologica.

V. ha ricevuto, ad aprile 2021, la diagnosi di Disturbo d'ansia sociale da un professionista che lavora privatamente (psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale). Il colloquio con il collega è stato richiesto dalla famiglia al fine di ottenere delle indicazioni scolastiche dopo che un'insegnante (I classe di scuola secondaria di II grado), durante una lezione in DAD, ha interpretato il silenzio di V., in risposta a una sua domanda, come una provocazione e l'ha mandata a colloquio dal Dirigente Scolastico.

Durante i momenti di interazione sociale (situazioni nelle quali si può essere attenzionati dall'altro o quando è richiesta una prestazione anche di livello ordinario come chiacchierare con un compagno o comunicare con un commesso in un negozio per fare un acquisto) V. sperimenta intensa vergogna all'idea di non sapere cosa dire, che per questo farà una brutta figura, verrà presa in giro alle spalle e giudicata come "troppo paurosa", "strana" (diversa dagli altri come se fosse "un'aliena"), "esagerata" e che, a causa di ciò, verrà umiliata e respinta e, quindi, resterà sola (immagine di lei adulta che vive sola in una casa vuota con pochi mobili e si sente sola). In queste situazioni V. sperimenta una forte attivazione somatica con accelerazione del battito cardiaco, sudorazione, dolori intestinali e confusione mentale (a cui si associa perdita di concentrazione e difficoltà di memorizzazione e recupero mnestico). Per questi motivi V. ad isolarsi, rimanere seduta al suo banco e a non rivolgere spontaneamente la parola a nessuno.

Nonostante racconti di essere inserita in una classe "positiva" dove non si sono mai verificati episodi di bullismo o di umiliazione sociale e in cui ha sperimentato un iniziale contatto positivo con la compagna di banco, V. a scuola sperimenta quotidianamente:

- ansia anticipatoria (timore di vergogna) i giorni e le ore che precedono le verifiche orali: in quei momenti inizia a pensare ai possibili scenari catastrofici relativi alla brutta figura (soprattutto con i pari) che farà durante l'interrogazione: fare scena muta, non saper rispondere a una domanda semplice, avere un vuoto di memoria, prendere un brutto voto,

lo sguardo severo e deluso del professore, gli sguardi increduli dei compagni che la valuteranno negativamente come "incapace di fare anche una cosa semplice", "una persona strana"; "inadeguata". A casa, dunque, il materiale scolastico rappresenta un trigger ansiogeno e l'unica strategia di regolazione emotiva utilizzata da V. è l'evitamento (chiude il libro, si distrae al telefono, fantastica ad occhi aperti);

- intensa ansia durante le verifiche orali: in queste situazioni V. sperimenta ansia quando non sa rispondere ad una domanda semplice con il timore di essere giudicata negativamente, derisa alle spalle e per questo rifiutata e isolata;
- ansia e tristezza intense quando bisogna formare i gruppi di lavoro: quando i suoi compagni devono scegliere i membri del gruppo V. sperimenta queste emozioni negative all'idea di "non essere voluta" e che per gli altri rappresenta "un peso". Riferisce "devono scegliermi solo perché sono obbligati e infatti sono sempre scelta per ultima").

Ciò ha comportato un graduale abbassamento del rendimento scolastico (i voti di V. sono notevolmente peggiorati dalla III media) e un forte isolamento anche in famiglia dove viene criticata e invalidata per via dei voti a scuola e dell'uso eccessivo del telefono.

V. critica aspramente sé stessa rispetto ai suoi vissuti e ai suoi comportamenti dicendosi di essere "problematica", "strana", "incapace" ed "esagerata" (riferisce "gli altri compagni non hanno i miei "problemi", "sono troppo sensibile") sperimentando una forte tristezza (avvertita a livello corporeo come un nodo alla gola e voglia di piangere).

V. non esprime mai apertamente le sue emozioni (anche in terapia) ma in famiglia (mai con il padre), V. riesce a esprimere la rabbia: si arrabbia e si oppone tutte le volte che le danno consigli sull'igiene, la esortano ad uscire o la criticano per l'uso del cellulare poiché ciò le rimanda un senso di incompetenza e incapacità.

V. ha un rapporto conflittuale con il suo corpo: non si piace, si giudica troppo magra, con il seno troppo piccolo e il naso troppo grande. Non riferisce sensazioni sgradevoli al contatto con il corpo durante la doccia e non conosce il proprio orientamento sessuale.

Si rivelano sintomi clinicamente significativi compatibili con un Disturbo d'Ansia NA. e Disturbo dissociativo NAS in stile Evitante e Paranoide di Personalità.

Profilo interno del disturbo

V. è arresa all'idea di non essere capace di interagire con gli altri. Per questo motivo e per via della credenza che gli altri siano giudicanti e rifiutanti, il dominio della vicinanza all'altro è attivamente evitato: V. non si ingaggia in comportamenti sociali e prosociali e si limita a frequentare gli ambienti sociali stando "vicino ma non con gli altri".

Rispetto a questo riferisce verbalmente intense emozioni di tristezza che, però, non esprime a livello non-verbale e paraverbale in terapia (es. non piange). Esprimere le emozioni per V. assume il significato di dare la prova di essere "esagerata" e quindi "strana" agli altri. Per questa ragione anche le emozioni sono evitate attraverso strategie di distrazione (pensare ad altro) o controllate.

V. reagisce ai minimi segni sociali (es. sull'autobus incrocia lo sguardo di alcune persone) pensando che gli altri la stiano giudicando in modo critico ("penso che mi stanno giudicando per come sono vestita in modo strano. Pensano che sono brutta, ho il corpo troppo dritto e secco, i capelli in disordine") e che a causa della sua inadeguatezza nessuno si avvicinerà a lei e rimarrà sola in preda all'angoscia.

Per limitare e regolare l'ansia la ragazza tende ad usare spesso strategie disfunzionali di evitamento che alimentano le sue credenze patogene:

- distrarsi (al telefono, maladaptive daydreaming)
- procrastinare (lo studio, la scelta dello sport)
- evitare qualsiasi interazione sociale (non rivolge la parola ai compagni, non ricerca il loro sguardo, non chiede aiuto in caso di bisogno)
- evitare le situazioni sociali o in cui è richiesta una performance in pubblico (feste, sport, momenti di aggregazione, parlare in pubblico)

Un ruolo di rilevo nel determinare i sintomi è dato da deficit di decentramento metarappresentativo: V. tende a formulare ipotesi sul funzionamento mentale altrui da una prospettiva egocentrica. Per questo motivo gli altri la vedrebbero proprio come lei si vede: difettata, strana e inadeguata.

SCOPO: essere inclusa; appartenenza.

ANTISCOPO: essere isolata/esclusa; rifiutata, essere derisa/umiliata.

CREDENZE SÉ: strana, aliena, incapace, inadeguata, difettata.

CREDENZE SULL'ALTRO: giudicanti, escludenti/rifiutanti, umilianti, migliori di lei.

- se mostro le mie emozioni verrò giudicata come esagerata;
- se mostro la vergogna gli altri vedranno che sono strana;
- se sbaglio gli altri mi giudicheranno come incapace;
- se chiedo aiuto l'altro si infastidirà e mi allontanerà

Fattori e processi di mantenimento

Paradosso nevrotico: BSTS, per evitare di confermare la credenza di essere strana/esagerata e quindi allontanata; non si espone agli altri.

Autocritica e metavergogna: V. si critica aspramente e prova vergogna all'idea di vergognarsi per cui è difficile parlare dei suoi problemi anche in terapia.

Evitamento: evitamento sociale

- aumenta l'isolamento nei contesti sociali e rinforza le credenze patogene. Ad esempio V. odia il momento in cui a scuola devono scegliere i membri dei gruppi studio perché è l'ultima ad essere scelta e questo le rimanda un senso di esclusione ("mi sento sempre non scelta, non voluta", "un fastidio", "un peso per gli altri") e di diversità/estraneità (parla spesso degli "altri" come se fossero un'entità diversa dalla sua: "non riesco a fare quello che gli altri fanno tutti i giorni"; "non riesco a rispondere a domande semplici")
- rende impossibile l'apprendimento di skill sociali funzionali ed esperienze sociali correttive

L'ingaggio in attività di Maladaptive Daydreaming comporta la distrazione a scuola, l'isolamento anche in famiglia con l'aumento delle critiche da parte dei genitori che rafforzano le credenze patogene sugli altri.

L'evitamento emozionale

- fa sì che gli altri non si accorgano delle sue difficoltà e non si attivino empaticamente fornendo aiuto o accudimento rinforzando le credenze patogene su di sé e sugli altri;

- fa sì che V. non parli delle sue emozioni/esperienze e, dunque, non le normalizzi;
- rende la sua espressività facciale rigida e poco naturale suscitando sorpresa confermando la credenza patogena di essere strana.

Bias:

- Affect as information: se mi vergogno vuol dire che sono inadeguata.
- Bias dell'ancoraggio: V. valuta gli altri e le esperienze sociali in base alle esperienze negative precedenti percependo tutti come critici e giudicanti.
- Bias dell'attenzione selettiva: V. è attenta a tutti i dettagli che le rimandino un giudizio negativo (sguardo, mimica facciale, prossemica, ecc.).
- Bias della conferma: V. tende a leggere tutte le espressioni facciali ambigue come un giudizio.
- Catastrofizzazione: V. tende a interpretare in modo eccessivamente negativo i propri comportamenti ed emozioni e, sulla base di questi, a prevedere come molto probabile un futuro fatto di isolamento e solitudine.

Relazioni interpersonali

- Padre autoritario, giudicante e violento verbalmente (fisicamente nel passato)
- Famiglia giudicante che le rimanda un senso di inadeguatezza.
- Famiglia che invalida le emozioni che rinforza la credenza di essere esagerata/diversa dagli altri.
- Famiglia che si infastidisce e si arrabbia di fronte alle difficoltà di V. e che rinforza, quindi, l'idea di essere un peso per gli altri e che questi, di fronte ad una possibile richiesta di aiuto, si arrabbieranno, la giudicheranno e la allontaneranno.
- Famiglia lievemente trascurante: V. ha una famiglia numerosa dove è difficile trovare uno spazio di accoglienza. V. tende a non essere vista anche a casa o a essere vista solo per gli aspetti negativi (uso eccessivo del telefono, distrazione, self talk, assenza di amici).
- Padre autoritario che ha sempre imposto le sue decisioni in modo rigido e violento (verbalmente e fisicamente) rimandando un senso di umiliazione e doverizzazione e inibendo

qualsiasi forma di scelta autonoma della ragazza. Ciò ha alimentato il senso di impotenza e un criterio di scelta basato quasi esclusivamente sulle aspettative degli altri.

Cicli interpersonali: distacco / invalidante

- V. con la sua estrema timidezza e il suo aspetto fisico elicita accudimento rinforzando la credenza di non essere capace
- L'evitamento elicita negli altri l'imposizione rinforzando la credenza di non poter scegliere (si arrabbia con la madre quando la invita a fare la doccia replicando che "so io quando fare la doccia!")
- L'incuria/la scarsa igiene personale suscita disgusto negli altri (e quindi repulsione) rinforzando la credenza di essere rifiutata

Scompenso

V. non è in grado di individuare una vera e propria fase di scompenso ma riferisce che il suo quadro è peggiorato con l'ingresso alle scuole medie. In questo periodo ha subito bullismo da parte dei compagni a causa del fatto che parlava pochissimo (riporta come episodio di massima vergogna il giorno in cui un compagno, a ricreazione, l'ha imitata davanti alla classe): in quel momento il suo stile di coping (evitare gli scambi con gli altri) ha perso la sua funzione protettiva poiché è stato oggetto di critica e scherno.

Nello stesso periodo ha perso un'amica (sua cugina di II grado) che ha iniziato a frequentare altri amici e la sua unica attuale amica si è trasferita con la famiglia all'estero.

Vulnerabilità

- Padre violento, critico e autoritario: V. dopo 1 anno e mezzo di terapia riesce a riferire che il padre, quando era piccola, era molto severo, imponeva le sue decisioni senza chiedere il parere dei figli, non chiedeva mai scusa e in caso di errore puniva fisicamente (spinte e schiaffi) e verbalmente (insulti e invalidazioni verbali). Ciò ha alimentato la credenza che gli altri siano pericolosi. V. ricorda episodi in cui ha provato terrore (tachicardia, freezing corporeo, impossibilità a parlare e a muoversi e tendenza alla fuga) per sé e per i suoi fratelli:

- l'episodio su di sé riguarda un momento, verosimilmente tra i 6 e i 7 anni, in cui V. stava litigando con la sorella e, presa dalla rabbia, le fa il dito medio. V. riferisce che improvvisamente ha sentito una violenta spinta che l'ha atterrata e che il padre, arrabbiatissimo, l'ha costretta urlando a chiedere scusa. La ragazza riferisce di essersi molto spaventata, di aver sentito un forte impulso alla fuga ma di aver anche sentito il suo corpo irrigidirsi. Riferisce inoltre di aver provato anche una forte umiliazione per essere stata costretta a chiedere scusa e per essere stata trattata in questo modo e rabbia perché il padre non le ha mai chiesto scusa.
- L'episodio sul fratello riguarda un momento, intorno ai 9 anni, in cui il padre, credendo che il fratello più piccolo, che era stato affidato all'attenzione del fratello maggiore, si fosse perso, si arrabbia moltissimo e aggredisce il maggiore fisicamente e verbalmente. V. racconta che, nonostante le scuse del fratello maggiore, il padre non smetteva di urlare e di picchiarlo e di aver provato un senso di forte paura per l'incolumità del fratello maggiore ("Avevo paura che gli facesse troppo male!") e di impotenza nel non poter fare nulla per aiutarlo ("Potevo solo guardare!"). la ragazza ricorda che poco dopo il fratello minore è stato trovato addormentato sotto al suo letto ma che questo non ha portato il padre a chiedere scusa e che ciò ha provocato in lei molta rabbia ("Lui ritiene di aver fatto una cosa giusta, non pensa di aver sbagliato!")

- Mutismo selettivo scuola dell'infanzia: V. ha messo in atto sin dalla tenera età strategie di evitamento che, all'epoca sono risultate funzionali (abbassamento dell'ansia) e che nel tempo si sono automatizzate.
- Bullismo alla scuola primaria e secondaria di i grado: La scuola è sicuramente un luogo ansiogeno per V. poiché ha sperimentato un ambiente classe molto critico e umiliante: alle scuole primaria la ragazzina era inserita in una classe dove molti bambini, compresa lei, hanno subito atti di bullismo; nella scuola secondaria di I grado la ragazza veniva schernita "a causa della sua timidezza" (i compagni di classe la schernivano ripetutamente, la imitavano in sua presenza perché molto silenziosa/isolata e la giudicavano aggredendola verbalmente per le sue performance sportive).

Componenti aggiuntive

La paziente gode di una buona intelligenza cognitiva e proviene da una famiglia con buone risorse economiche che rendono possibile la presa in carico per un lungo periodo.

Tra i fattori che possono essere potenziati per favorire resilienza spicca sicuramente le buone capacità di apprendimento scolastico. V. è inserita in un ambiente scolastico non giudicante, i suoi professori si sono resi disponibili alla stesura del Pdp per il Bisogno Educativo Speciale presentato dalla ragazza tenendo in considerazione la mia relazione clinica.

La teoria naive che guida V. nella terapia, e che stiamo tentando di modulare, è l'inutilità di qualsiasi tentativo terapeutico per lei. Ciononostante, V. è molto compliante al trattamento (non ha mai saltato una seduta).

Trattamento psicoterapeutico

Inizialmente le sedute sono state orientate alla fase di assesment e alla costruzione dell'alleanza terapeutica.

Sono state concordate sedute individuali a cadenza settimanale e le è stato spiegato il funzionamento della terapia secondo l'orientamento CBT. La parte più difficile del trattamento, ancora in atto, è stata proprio la costruzione dell'alleanza terapeutica.

Le prime sedute si sono, inoltre, focalizzate sulla formulazione di obiettivi condivisi: comprendere il suo funzionamento, gestire l'ansia e migliorare le abilità sociali.

Razionale, strategie e tecniche

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Costruzione dell'alleanza terapeutica	Regolazione del tono emotivo della seduta Essere consapevole e superare i cicli interpersonali problematici	▫ Disciplina interiore ▫ Psicoeducazione ▫ svelamento ▫ Validazione ▫ Discussione su argomenti di interesse comuni (libri)
	Abbassare il tono emotivo in seduta rendendo prevedibili e comprensibili le mosse del terapeuta attraverso l'empirismo collaborativo (Trasparenza delle intenzioni del terapeuta)	▫ Psicoeducazione ▫ Validazione ▫ svelamento ▫ uso del "noi

	Normalizzare le esperienze del paziente Rendere agevole lo scambio comunicativo e al contempo fornire un modeling di scambio comunicativo efficace	universale” ▫ umorismo ▫ condivisione di esperienze
Gestire l’ansia/vergogna nelle situazioni sociali	Rendere consapevole V. circa le manifestazioni somatiche e cognitive dell’ansia (ansia da vergogna) Aumentare la tolleranza alle emozioni negative Fornire strategie di coping in emergenza alternative all’evitamento Ridurre l’autocritica	▫ Psicoeducazione ▫ Mindfulness ▫ STOP/TIP ▫ Posto sicuro ▫ Compassion Focused Therapy ▫ Pro/contro
Migliorare la qualità delle relazioni sociali	Promuovere in seduta il miglioramento delle funzioni metacognitive: monitoraggio, integrazione e decentramento fornire un modeling di scambio comunicativo efficace promuovere la consapevolezza dell’impatto del proprio atteggiamento verbale e non verbale sull’altro all’interno dell relazioni sociali	▫ psicoeducazione ▫ ABC ▫ Esercizi di “mettersi nei panni di” ▫ Imagery e autosservazione in vivo ▫ Compiti di osservazione del comportamento degli altri ▫ condivisione di esperienze
Riduzione delle recidive	Ridurre sensibilità all’umiliazione e al rifiuto costruita storicamente e costruzione di un’immagine di sé maggiormente positiva e sana.	▫ Interventi di vulnerabilità storica (ancora in atto)

Descrizione della terapia

Il percorso terapeutico, avviato il 27 gennaio 2023, è tuttora in corso e prevede sedute individuali a cadenza settimanale. Sinora sono state svolte 78 sedute.

Seppur non lo manifestasse in modo evidente, V., in linea con le sue credenze, era inizialmente intimidita, se non spaventata, dalla terapeuta ed evitava di mostrare significativi aspetti della sua psicopatologia e della sua storia personale rifugiandosi in una sorta di anestesia difensiva espressa anche attraverso sintomi dissociativi. Questo ha reso il dialogo in seduta difficile con conseguente difficoltà nella ricostruzione del profilo di funzionamento e della vulnerabilità storica. Lo stato emotivo di V. era da me percepito con l’attivazione dei cicli interpersonali. È stato quindi molto importante utilizzare la disciplina interiore per uscire fuori dai cicli e regolare il tono emotivo della seduta affiche V. si sentisse meno minacciata e, al contrario, entrasse in contatto con una sensazione di padroneggiamento essenziale per accedere

agli stati emotivi più dolorosi sentendo di poterli fronteggiare. In particolare, si attivavano in seduta due cicli:

- Il ciclo invalidante: mi sono spesso sentita inadeguata ad aiutarla o ho percepito i miei interventi inutili se non potenzialmente dannosi (per cui ho spesso fantasticato un dropout e la presa in carico da parte di un terapeuta più competente). Tutto ciò ha creato un clima problematico in cui era intensa la percezione di inaiutabilità e assenza di speranza della ragazza che è stato gestito e attraverso la psicoeducazione (sul funzionamento della psicoterapia e sulle problematiche presentate che sono state discusse in maniera franca ed esplicita), la validazione, lo svelamento e mantenendo un atteggiamento reale di ottimismo verso l'utilità del trattamento.
- Il ciclo del distacco: le conversazioni stentate, le risposte a monosillabi e i lunghi silenzi di V. hanno spesso elicitato noia nel terapeuta o, al contrario, forte imbarazzo che il terapeuta ha tentato di gestire riempiendo i silenzi con lunghe spiegazioni e rassicurazioni che finivano per annoiare la paziente o elicitare in lei stati dissociativi

Per fronteggiare l'attivazione di questo ciclo è stato importante introdurre argomenti di interesse condiviso (libri) che ci hanno permesso abbassare il tono emotivo delle sedute, avere argomenti di conversazione che potessero fungere da modeling di scambi comunicativi efficaci e piacevoli (poiché più liberi dall'ansia). Anche la condivisione di alcune esperienze simili del terapeuta (bullismo alle scuole medie) e l'uso del "noi universale" ha permesso di avviare un processo di normalizzazione delle difficoltà percepite dalla ragazza come "esagerate", "starne" tanto da sentirsi profondamente diversa dagli altri ("un alieno").

Una volta stabilita una discreta alleanza terapeutica è stato possibile lavorare sulle difficoltà metacognitive (monitoraggio, integrazione e decentramento) alla base della sofferenza. Ho utilizzato molto la psicoeducazione (per spiegare le funzioni metacognitive e come queste interferissero sul funzionamento della paziente) e gli ABC che si sono rivelati fondamentali per esplorare I trigger, i pensieri e le emozioni disfunzionali che hanno reso la sua mente meno opaca al terapeuta e a lei stessa. Gli episodi sono stati ripresi con la tecnica dell'Imagery per lavorare sulle emozioni in vivo con la speranza di utilizzare l'effetto ponte per ricostruire la vulnerabilità storica della prima infanzia: V. tendeva a proteggere molto le figure genitoriali e è

riuscita a parlare dell'atteggiamento critico, autoritario e imprevedibilmente violento del padre solo dopo un anno e mezzo di terapia.

Contemporaneamente si è lavorato sulla gestione dell'intensa ansia provata a scuola (che minava il suo funzionamento scolastico) attraverso un'attenta psicoeducazione sulle manifestazioni corporee e cognitive (compresi i bias) dell'ansia e sui suoi significati fornendo anche delle strategie di coping (stop/tip; posto sicuro; pro e contro) più evolute e diverse dall'evitamento. In questa fase è stato necessario intervenire con alcune tecniche della Compassion Focused Therapy per ridurre la forte autocritica che manteneva attiva l'ansia e l'angoscia provate e che contribuiva a inficiare la capacità di decentramento.

Gli interventi sulla vulnerabilità storica sono stati i più complessi in quanto V. dichiarava di non ricordare la sua infanzia e si mostrava molto difesa. Come prima descritto, solo dopo che si è costruito un clima di fiducia V. è stata in grado, e con molta attivazione emotiva, di raccontare alcuni significativi episodi circa il comportamento paterno che hanno permesso di dare un senso ai suoi sintomi.

Valutazione di esito

La terapia è ancora in corso. La paziente ha mostrato iniziali progressi a scuola (aumento del rendimento scolastico, diminuzione dell'ansia in classe e aumento degli scambi comunicativi con gli insegnanti) e significativi miglioramenti nella relazione terapeutica (per V. il terapeuta costituiva un trigger inizialmente) evidenziati dall'aumento degli scambi comunicativi, la diminuzione dei sintomi dissociativi in seduta e a casa (la paziente appare oggi più vigile e la sua mimica è maggiormente modulabile) e la diminuzione dell'attivazione dei cicli interpersonali disfunzionali.

Sono lievemente migliorate le capacità di definire i problemi in termini psicologici e di mettere in atto strategie di coping più adeguate (a volte V. ha utilizzato strategie di coping di II livello come pensieri di autosostegno).

L'abbassamento dell'autocritica è un obiettivo parzialmente raggiunto in quanto a periodi positivi in cui V. riesce ad essere compassionevole con sé stessa seguono momenti di forte autocritica.

È stato quasi impossibile lavorare su nucleo di vuoto interno e solitudine in quanto V. difende (ha paura di …?) attivamente, attraverso la vergogna e l'evitamento in seduta, questi stati emotivi. Inoltre, la solitudine della ragazza è reale poiché devono ancora costruirsi e consolidarsi le skill sociali necessarie a permettertele una vita sociale più ricca.

V. sta, infine, gradualmente iniziando a progettare il suo futuro (sta pensando di andare a studiare fuori regione all'università).

Resta molto lavoro da fare soprattutto nell'ambito della costruzione delle abilità sociali. Oltre al proseguo del lavoro come sopra descritto, gli obiettivi futuri saranno concentrati sulla costruzione di un programma realistico di socializzazione progressiva in cui V. possa discutere le difficoltà incontrate in terapia con il fine ultimo di estendere questa abilità alla vita sociale di V. e abbassare la sua sofferenza emotiva.

Claudia Ciabattoni, Psicologa, Pescara

Specializzanda psicoterapia cognitiva, training: A. Gragnani e D. Fiore

e-mail: claudia-ciabattoni@hotmail.it

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