psicoterapeuti in-formazione

2012, NUMERO 9

Senso di non appartenenza e vergogna: il caso di Remo

Giovanni Pellecchia[1]

[1]Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva

Riassunto

Il lavoro presenta la psicoterapia effettuata su un paziente con diagnosi di fobia sociale e di disturbo evitante di personalità. A partire dalla concettualizzazione e da un intervento basati sul modello standard della terapia cognitivo-comportamentale, si è cercato di integrare tali presupposti con le indicazioni della più recente letteratura sugli aspetti metacognitivi e interpersonali. In particolare, si sono prese in esame funzioni specifiche come il monitoraggio degli stati emotivi e il decentramento cognitivo, che sono risultati di decisiva centralità nel modulare gli stati mentali di estraneità e di diversità alla base delle negative esperienze relazionali del paziente. Un ulteriore ambito sul quale si è concentrato l'intervento terapeutico è rappresentato dal senso di non appartenenza e di non condivisione che costituisce uno degli elementi chiave nel trattamento dei disturbi gravi di ansia sociale.

Summary

The paper presents a psychotherapy treatment with a patient diagnosed with social phobia and avoidant personality disorder (APD). The case is presented into the theoretical framework of cognitive-behavioral therapy. We integrate the theoretical and intervention's model of standard cognitive-behavioral therapy within the recent literature on metacognition and interpersonal functioning. In particular, we present a therapeutic intervention focused on two metacognitive functions, *monitoring* and *decentering*, and on a specific interpersonal difficulty which is the *sense of not belonging*. The paper shows, through a single case study, how these aspects constitute the key elements in the treatment of severe social anxiety disorders.

Dati anagrafici ed attuali condizioni di vita

Il paziente ha 37 anni e vive a Roma con i genitori. Il nucleo familiare è composto dal padre Alberto (di anni 77, ex ingegnere ora in pensione), dalla madre Sara (di anni 61, ex-professoressa, attualmente pensionata) e dalla sorella Alessandra (di anni 40, avvocato). Non ha conseguito alcun diploma di scuola superiore, interrompendo gli studi all'età di 17 anni, in quanto, a suo dire, non ha "mai avuto una reale inclinazione per l'impegno scolastico". Ha svolto negli anni lavori saltuari

Giovanni Pellecchia, *Senso di non appartenenza e vergogna: il caso di Remo, N. 9, 2012, pp. 59-74*
Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

nell'ambito del giardinaggio. Da circa 10 anni lavora in una cooperativa agricola. Riferisce di un solo rapporto sentimentale di breve durata, all'età di 24 anni, con una vicina di casa, di 20 anni più grande.

Invio e contesto della terapia

Il paziente arriva in terapia dopo una serie di precedenti terapie interrotte perché, come da lui precisato, "i terapeuti non mi sopportavano più, sono riuscito ad annoiare anche loro". Viene inviato dalla precedente terapeuta, che gli aveva suggerito la necessità di un riferimento maschile per incrementare la sua bassa assertività. Il paziente è seguito privatamente da circa 9 mesi, con una frequenza di una volta a settimana.

Definizione del problema secondo il paziente

La sfera delle relazioni interpersonali costituisce il nucleo problematico della richiesta di aiuto effettuata dal paziente. Una dolorosa sensazione di estromissione dai contatti con l'altro e, più in generale, una sensazione di inadeguatezza nelle situazioni di confronto sociale costituiscono le premesse di una condizione emotiva dolorosa e avvilente: "Se posso dirla con una metafora è come se mi mancasse il fascicolo dell'altro. Non so bene come spiegarlo, ma ogni volta che mi trovo ad avere a che fare con l'altro non so più come comportarmi, non so come stargli dietro, come interessarlo … Ho come la sensazione di non sapere di cosa parlare, di essere noioso, di non saper mantenere un qualche tipo di rapporto con il mio interlocutore. Temo sempre di dire la cosa sbagliata e di offendere chi mi sta davanti. Non sono mai tranquillo, mi prende uno stato di agitazione così forte, che quasi mi sento male. Il più delle volte finisco per starmene in disparte e in silenzio … La stessa cosa mi capita quelle rare volte che esco con i miei amici: non so più se sono contento o incazzato, mi sembra che facciano del tutto per escludermi. Non riesco più a capire neppure se l'altro mi interessa davvero!". Si tratta di una condizione che coinvolge significativamente lo spazio degli stessi affetti familiari, laddove il paziente registra un atteggiamento ostile ed emarginate: "A casa, poi, è ancora peggio, mi sento come un uccello sbrancato. Tutti, da mia madre a mia sorella, mi trattano come uno dei tanti, anzi il più delle volte mi rimproverano aspramente per la mia assenza di collaborazione in casa e per la mia irresponsabilità (hanno in parte ragione perché spesso non vado a lavorare). Mai una parola di affetto, mi sento come un ostacolo alla loro idea di famiglia. In effetti, io non mi sento in nulla parte della mia famiglia; ormai faccio del tutto per evitarli. Quando sto con loro è come se mi trovassi dinanzi alla imprevedibilità di chi si trova ad avere a che fare con qualcuno la prima volta che lo

vede. E' come se stessi sempre appartato in una sorta di algida retrovia emotiva! Mi sento legato a loro solo biologicamente!"

Un dato fortemente sottolineato dal paziente rinvia all'ambiente lavorativo, in cui la propria difficoltà di relazione risulta oltremodo rafforzata dalla adozione di comportamenti offensivi e umilianti da parte dei colleghi: "Anche lì (il paziente lavora in una cooperativa agricola) faccio ormai tanta fatica a stare con i miei colleghi. Sono dieci anni che lavoro con loro e non sono riuscito a costruire niente. Dovrei far parte del mondo della cooperativa, ma non mi sento ad essa legato in nulla. Anzi, piuttosto, spero che la facciano un giorno o l'altro chiudere. Mi sento sempre trattato come un estraneo, come una macchina; pensano sempre, e forse lo penso pure io, che non sappia fare niente bene. Forse per questo i miei colleghi se la prendono sempre con me, rivolgendomi frasi aggressive e umilianti. In quei momenti mi paralizzo, vorrei solo mettere la testa sotto la terra. Non so bene perché, ma non riesco neppure a reagire, a difendermi contro di loro. L'unica cosa che faccio è subire o, come capita sempre più spesso, non vado al lavoro e me ne sto a casa a meditar vendetta, che puntualmente non metto in pratica". In tale prospettiva, il restringimento delle relazioni sociali è divenuto il tratto costante della vita del paziente, appiattita su un regime di interessi solipsistici e solitari, come la pornografia e la visione di film.

Analisi della sofferenza in termini diagnostico-descrittivi

Al paziente è stata somministrata una batteria di test psicodiagnostici (Scid-II, ASQ, TAS, IIP, SCL-90).

I risultati ottenuti consentono di formulare una diagnosi di Fobia sociale (asse I) e di Disturbo Evitante di Personalità (asse II).

Descrizione della sofferenza in termini di funzionamento interno

Due ricorrenti assetti mentali definiscono il nucleo patogeno della sofferenza psicologica presentata dal paziente: da un lato un senso pervasivo di imbarazzo e di vergogna, dall'altro uno stato di distacco e di noia. Si tratta di difficoltà prevalentemente esperite nel contesto della relazione con l'altro, laddove egli si trova a sperimentare una invalidante sensazione di inadeguatezza, che si manifesta nella percezione di sé come persona incapace di mantenere/costruire un proficuo ed appagante legame. Il confronto con l'altro coincide, in generale, con l'emergere di una serie di preoccupazioni relative alla propria performance sociale, che rivelerebbe una immagine di sé goffa e poco attraente, piuttosto incline ad attirare su di sé il dileggio e lo scherno da parte dei possibili interlocutori: "Ecco, io lo so! Quando sto con gli altri divento un vero disastro, m'impappino, faccio la figura del cretino, di uno che non sa che pesci prendere. In quei momenti mi piacerebbe diventare

un uomo invisibile, trasformarmi in una mosca e scappare … Penseranno che sono un disadattato, uno che non sa stare in mezzo agli altri, un imbecille". Tali credenze divengono spesso, anche durante lo scambio comunicativo, il presupposto di una dolorosa e impietosa autoanalisi, che non può che registrare la significativa distanza che separa il proprio modo di sentire e di agire da quello altrui.

A	**B**	**C**
Interazione con l'altro	-Mi guarda in maniera strana ↓ -Avrò fatto qualcosa di buffo o di comico	-Imbarazzo/Vergogna (non sapere cosa dire, testa vuota, rimanere in silenzio, sguardo rivolto verso il basso)
A'=C	B'	C'
	-Si sta accorgendo che sono in difficoltà, penserà che sono un disadattato sociale ↓ -Non c'è redenzione, mi mancherà sempre qualcosa per essere come gli atri -Sono diverso, tra me e gli altri c'è un muro -Forse non sono fatto per stare con gli altri	-Vergogna+ -Desiderio di scomparire e fuggire dalla situazione -Tristezza -Vuoto

Se vergogna ed imbarazzo costituiscono i marcatori dello stato di impaccio e di prevista "brutta figura" dinanzi ad un'alterità che sempre più viene ridotta ad una severa e critica autorità giudicante, tristezza e vuoto divengono i connotati affettivi di uno stato mentale devitalizzato e impotente, sopraffatto dai convincimenti relativi alla propria diversità rispetto all'idea appagante delle relazioni come realtà condivisa e alla quale sentire di appartenere: "La verità è che mi manca sempre qualcosa per essere come gli altri. Io gli altri li vedo, si divertono, scherzano, anche quando si conoscono da poco sembra che si conoscono da sempre. Io non so che dire, come farli ridere … Tra me e gli altri c'è sempre stato un muro, è così da sempre!".

Pertanto, riuscire a capire l'altro, a intuirne i pensieri e le emozioni, rimane una strada preclusa alla mente del paziente, che nel tentativo di porre rimedio allo stato di disagio finisce o per avventurarsi in improbabili atti di protagonismo o per rifugiarsi in un serafico e distaccato silenzio: "Poi quello che mi capita è che per fare finta di essere figo mi metto a straparlare, ma dura poco

perché gli altri mi guardano strano e finisco per starmene in silenzio. A quel punto è come se gli altri per me non esistessero più".

Di fatto, la condizione della diversità se per un verso esita dalle valutazioni secondarie del paziente, dall'altro viene rinviata alle conseguenze degli atteggiamenti ostili e denigratori messi in atto dagli altri nei suoi confronti. Il senso di ingiustizia e il risentimento rabbioso che ne consegue sembrano, poi, dischiudere un assetto mentale dominato da fantasie di vendetta e di competizioni con l'altro, sempre più inteso come un pericoloso antagonista: "Io sarò pure quello che sono, ma gli altri pure fanno sempre gli stronzi. Prendi Raffaele: quando stiamo con gli altri si mette sempre a fare il pavone, a decantare i suoi successi teatrali. Ma la verità è che fa il regista in una comunità psichiatrica! Che grande successo! … Lui è uno che se ne frega: usciamo insieme ed è capace di non dirti una parola tutta la serata, perché è impegnato a sedurre!".

A	**B**	**C**
L'altro non dà attenzioni al paziente e non conversa con lui	-È uno stronzo, mi vuole tenere fuori -Mi utilizza solo per far vedere che lui vale più di me	Rabbia ↓ Fantasie di vendetta

Tuttavia, i desideri di ritorsione non trovano altra concretezza se non quella della loro natura immaginativa, cedendo ben presto il passo ad una frustrante esperienza di passività, che espone il paziente alla propria "miserabile natura di uomo senza coraggio", a cui è concesso solo un ruolo di subalternità sia nel contesto familiare che in quello lavorativo (cfr. storia di vita). Sebbene sporadiche e limitate a poche figure significative, le relazioni si configurano come condizioni di vera e propria costrizione, caratterizzate dall'adozione di un comportamento supinamente incline ad assecondare le richieste altrui. Imporre la propria volontà e rivendicare l'autonomia delle proprie scelte risultano essere atti improponibili, rischiosi perché legati a timori di aggressione e di emarginazione dalla stessa relazione: "Io non riesco mai a dire di no! A lavoro il direttore mi tratta come una merdaccia, mi insulta, mi sgrida come se rimproverasse un cane! E io sto lì che non dico nulla, faccio il maggiordomo che dinanzi alla furia del padrone diventa ancora più zelante! Sono da sopprimere!". In sintesi, il rapporto con l'altro sembra rispondere ad una più profonda esigenza di riconoscimento, che ricerca nell'esperienza della condivisione il riscatto ad un valore personale costantemente revocato in dubbio e sabotato sia dall'interno che dall'esterno.

Meccanismi di mantenimento

Il profilo interno della patologia del paziente appare sostenuto da quattro diverse categorie di meccanismi di mantenimento: processi di pensiero, comportamenti protettivi, cicli interpersonali, disfunzioni metacognitive.

Processi di pensiero

Rimuginio ex-ante e ex-post

Lo stress ansioso sperimentato dal paziente nelle situazioni sociali rinvia ad un ben preciso meccanismo ruminativo che egli mette in atto sia prima di incontrare l'altro che successivamente. In particolare, nelle fasi antecedenti, la sua mente appare assorbita da un fitto lavorio di costruzione dei possibili scenari con i quali sarà chiamato a confrontarsi con l'altro. Tuttavia, tale esercizio, anziché facilitare il fronteggiamento della situazione, diviene un meccanismo diabolicamente inarrestabile e perturbante, che invece di placare l'ansia anticipatoria, ne potenzia gli esiti, moltiplicando l'imprevedibilità delle circostanze e le probabilità di insuccesso. Lo stato di allerta canalizza, poi, l'attenzione sull'eventualità peggiore, pre-attivando, di fatto, uno assetto mentale invaso da una serie di timori relativi alle conseguenze di una "brutta figura" e al giudizio negativo che ne deriverebbe.

Gli stessi esiti dell'interazione vengono sottoposti al vaglio analitico di una critica severa e radicale, che non fa sconti di sorta su una performance sociale che manifesta sempre aspetti di fragilità e debolezza ("Ho sempre la sensazione di sbagliare … Si accorgeranno sicuramente di quanto sono goffo e impacciato …"). Il riesame dell'accaduto abilita un meccanismo associativo e comparativo che constata, ogni volta, la lunga e incessante sequenza dei fallimenti, con un innegabile effetto di sovrastima del danno e di potenziamento della vividezza delle memorie spiacevoli passate.

Affect as information

Uno dei bias interpretativi più presenti durante le fasi dell'interazione è inerente alla valutazione del proprio stato emotivo come fonte di informazione rispetto all'andamento della relazione sociale. Le emozioni di vergogna/imbarazzo e di distacco e noia corrispondono alle due diverse mappature degli esiti relazionali. Nel primo caso, le sensazione di impaccio e goffaggine costituisce la concreta manifestazione di un modo inadeguato di comportarsi socialmente, oggetto di sicuro scherno e di stigmatizzazione da parte dell'altro. Nel secondo caso, la mancanza di un autentico stato di risonanza emotiva sperimentato nella relazione induce la più dolorosa convinzione di un irreparabile scollamento tra sé e il proprio interlocutore, che rimane distante e lontano.

Comportamenti protettivi

Abuso di alcol

Una delle strategie impiegate dal paziente per affrontare le situazioni di maggiore stress sociale è il ricorso all'alcol, che, a suo avviso, lo aiuterebbe a disinnescare l'ansia e la sensazione di inadeguatezza.

Si tratta, però, di effetti del tutto transitori, che, allo stato attuale, agiscono in maniera negativa sulla sua capacità di gestione dei momenti di disagio. Più specificamente, l'assunzione di alcol crea uno stato di scarsa lucidità mentale che favorisce da un lato una lettura distorta degli eventi relazionali, dall'altro l'adozione di comportamenti sociali non adeguati al contesto.

Inoltre, il possibile impatto negativo dell'alcol sulle sue già scarse competenze sociali diviene un'ulteriore fonte di preoccupazione e di successiva esacerbazione della stessa ansia.

Evitamenti

Al fine di ridurre l'esposizione a situazioni suscettibili di evocare emozioni di vergogna ed imbarazzo, il paziente mette in atto una serie di evitamenti sociali che preservano le sue credenze di inadeguatezza e di possibile giudizio negativo da parte dell'altro. Tale condotta non gli consente di fare esperienze che potrebbero contraddire le sue convinzioni e invalidare il nucleo delle proprie insicurezze, rafforzando una condizione di isolamento nella quale egli finisce per essere assorbito da un circuito di ideazioni ruminative sulla propria diversità e incapacità di instaurare e mantenere positive relazioni interpersonali.

Cicli interpersonali

Le reazioni e i comportamenti del paziente creano una condizione relazionale che induce nell'altro gli atteggiamenti previsti dalle proprie aspettative, con evidente effetto di rinforzo sulle sue convinzioni. Due modalità di risposta sembrano determinanti nel mantenere il circuito interpersonale confirmatorio:

1-La risposta rabbiosa: il risentimento del paziente (fatto di occhiate smiccianti, di ironie velenose e di segnali di disappunto), derivante dalla percezione di una ingiusta esclusione, sembra comunicare un senso di sfida che sollecita nell'altro l'adozione di condotte di diffidenza e di allontanamento.

2-La fuga nel silenzio: il rifugio in un distacco silenzioso e impenetrabile trasmette un senso di noia e disinteresse nell'interlocutore, che finisce con il distrarsi e sentirsi poco coinvolto nella relazione.

Disfunzioni metacognitive: difficoltà nel comprendere la mente altrui

La difficoltà del paziente nell'individuare i contenuti mentali e le emozioni altrui, ovvero la difficoltà di assumerne la prospettiva, non gli consente di disporre di informazioni in grado di suggerirgli una lettura alternativa dell'evento. Più in dettaglio, la presenza di un pensiero egocentrico sembra aver facilitato l'azione di un processo di selezione dell'informazione, il cui esito è il rinforzo delle credenze patogene sulla pericolosità del contesto relazionale. In tale prospettiva, poi, è da rilevare come una radicata lettura delle emozioni altrui in termini negativi, caratterizzata da rabbia e da disprezzo, abbia inficiato una comprensione e una esperienza della relazione quale spazio condiviso e piacevole (vedi figura 1 per il profilo complessivo della patologia).

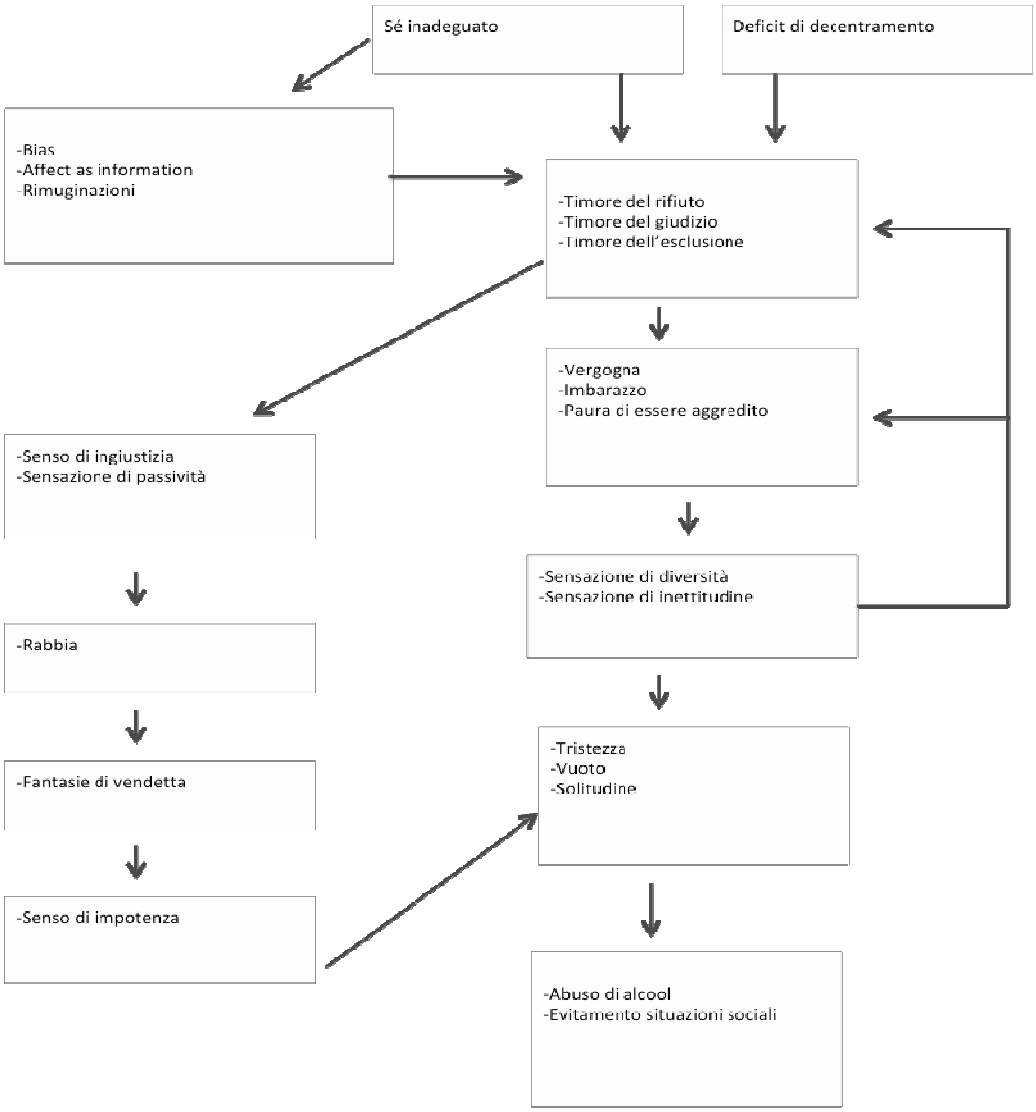

Figura 1. Profilo complessivo della patologia

Storia di vita e apprendimento delle credenze disfunzionali

Lo sguardo retrospettivo sulla vita del paziente evidenzia una serie di episodi e di vicende particolarmente rilevanti ai fini della comprensione delle convinzioni di inadeguatezza e di disagio alla base delle sue difficoltà relazionali. Ciò che sembra emergere è una ricorrente condizione di passività e asimmetria nei rapporti interpersonali. Tre diversi ambienti: famiglia, scuola e lavoro, offrono uno spaccato e una conferma in tal senso.

Nel caso della famiglia, il paziente racconta di non essersi mai sentito capito e di essere sempre stato oggetto di distruttivi e svilenti rimproveri da parte della madre e della sorella: "Mia madre e mia sorella erano, sono e saranno sempre delle arpie! Mia madre ha passato la vita a darmi addosso. Lei è sempre stata una vanesia, brillante e esuberante, al contrario di me, insicuro, pauroso, uno di quelli che non si sono mai sentiti all'altezza di niente … Io andavo male a scuola, non facevo niente, me ne stavo solo a casa, senza frequentare nessuno. Lei mi diceva che ero il figlio uscito male, quello che le dava preoccupazioni. Mi paragonava costantemente con mia sorella e i miei cugini, loro sì bravi, orgoglio della famiglia per i loro voti scolastici … Poi mi diceva che ero un rammollito come mio padre e che, come con lui, bisognava spingermi per farmi muovere un passo! … Crescendo le cose sono pure peggiorate, perché per trovare un lavoretto ho impiegato una vita e soprattutto non ho concluso gli studi. Questo è stato per lei una specie di colpo di grazia: ricordo che quando le comunicai la mia decisione non mi ha parlato per tutta l'estate".

Il rapporto con i compagni di classe appare travagliato e mortificante sin dalla scuola elementare, periodo in cui risale, a detta del paziente, una delle peggiori esperienze della sua vita: "A scuola era terribile, mi hanno massacrato sin dalle elementari. Non c'era giorno che non mi facessero qualcosa. Mi mettevano le lucertole nello zaino, mi prendevano in giro per le mie orecchie a sventola, mi hanno picchiato e aggredito per futili motivi. La cosa peggiore è che mi prendevano in giro davanti a tutti ed io mi prestavo a tale gioco al massacro; non c'è stata una volta in cui sono riuscito a ribellarmi … Ad ogni modo, la cosa più dolorosa che mi hanno fatto è stata quella di calarmi le brache dinanzi a tutti. Credo di aver provato così tanta vergogna che per una settimana non sono andato a scuola … Scuole medie e liceo li ho passati in isolamento, davo poca confidenza a tutti e tutti mi davano poca confidenza … Frequentavo pochi amici di quartiere, ma a quelli piacevano le feste e le discoteche, a me, invece, alla sola idea mi veniva il mal di pancia".

L'ambito lavorativo è il luogo di una storia già sperimentata, fatta di situazioni sgradevoli e mortificanti, un luogo di solitudine, in cui dominano solo sentimenti aridi e acredine: "La cooperativa è un giungla. Ci sono i nordafricani che stanno tra di loro, i rumeni che si odiano tra di loro, e nessuno li può vedere. L'unico rapporto ce l'ho con il mio capo, ma sarebbe meglio

chiamarlo il mio carnefice. Qualsiasi cosa io faccia mi rimprovera, mi aggredisce, ho come la sensazione di avere a che fare con un sadico. Lui non mi chiama, urla solo; ed io che faccio: nulla, se non il bravo cagnolino che esegue tutti gli ordini".

Alla luce di quanto detto, non sorprende che assetto e convinzioni appresi e maturati su di sé e su l'altro siano alla base di un quadro psicologico dominato da emozioni di vergogna, di rabbia e di solitudine, e da un senso di cronica diversità.

Analisi dello scompenso

La ricostruzione anamnestica non ha evidenziato la presenza di eventi o situazioni di vita ai quali ricondurre l'esordio del quadro clinico preso in esame. In tale prospettiva, il problema manifestato può essere chiarito e compreso analizzando aspetti ascrivili alla vulnerabilità.

Vulnerabilità

La vulnerabilità al disturbo evitante può essere ipotizzata prendendo in esame fattori costituzionali e fattori relazionali con le figure di attaccamento:

1. Fattori costituzionali. Il padre e il nonno del paziente vengono tratteggiati dal paziente come figure estremamente ritirate, solitarie e passive: "Mio padre è sempre stato uno con pochi amici, concentrato quasi esclusivamente sul lavoro. E' un tipo che esce di rado e se ne sta nei momenti liberi in casa a restaurare mobili. Mia nonna mi ha raccontato che negli anni non è cambiato per niente, sin da piccolo se ne è sempre stato da solo. Anche a casa fa tutto mia madre … Lui pure è stato uno passivo, non ha mai contato nulla né con mia nonna né, ora, con mia madre". Ciò fa ragionevolmente supporre la familiarità per caratteristiche di personalità ascrivibili ad un assetto fobico sociale/evitante.

2. Fattori Relazioni con le figure di attaccamento. L'atteggiamento materno invalidante e poco disponibile ad accogliere i bisogni affettivi del figlio può aver favorito la costruzione di una immagine di sé priva di valore e di dignità. Allo stesso modo, il suo comportamento giudicante e offensivo sembra aver posto le basi per uno schema sé-altro asimmetrico e conformato all'aspettativa del rifiuto.

E' inoltre ipotizzabile che la scarsa sintonizzazione emotiva delle figure genitoriali possa aver inciso negativamente sulla capacità del paziente di identificare e riconoscere gli affetti positivi associati ai momenti di condivisione relazionale.

Terapia

La prima fase del rapporto terapeutico è stata dedicata alla definizione del problema e alla identificazione degli stati mentali associati agli episodi critici riferiti dal paziente. Pertanto, mediante la tecnica dell'ABC sono stati indagati e ricostruiti le valutazioni e i nessi che mediano la relazione tra l'evento problematico e le risposte emotivo/comportamentali. La presenza costante di taluni temi di pensiero ha consentito di tracciare un quadro organico dei principali schemi disfunzionali alla base della sofferenza manifestata dal paziente e di enucleare una prima concettualizzazione del funzionamento della patologia.

In accordo con i principi dell'empirismo collaborativo cioè al fine di creare un clima collaborativo e di fiducia), è stata effettuata una restituzione di quanto emerso nella fase iniziale di assessment (cfr. profilo interno) ed è stata proposta una prima formulazione degli obiettivi terapeutici. In particolare, il contratto terapeutico è stato incentrato sulla necessità di ridurre la pervasività delle sensazioni di disagio, di ansia e di imbarazzo/vergogna che emergevano nell'interazione con l'altro, in modo da rendere più accettabile e gratificante la qualità delle relazioni interpersonali.

In tale prospettiva, si è scelto di intervenire preliminarmente sui due aspetti centrali responsabili dell'attivazione e del mantenimento delle aspettative patogene del paziente: il rimuginìo e la bassa capacità di decentramento cognitivo (Semerari, 2000).

Intervento sul rimuginìo

Rispetto al rimuginìo sono state opzionate due diverse tecniche:

1-In linea con un approccio di tipo psicoeducativo, sono state fornite al paziente informazioni e spiegazioni su tale processo cognitivo, evidenziando come uno degli effetti paradossali ad esso connessi fosse l'amplificazione dello stato d'ansia. Per esemplificarne concretamente gli esiti negativi, gli è stato chiesto di sperimentare due diverse condizioni: nella prima poteva assecondare la sua modalità abituale di pensiero nei momenti antecedenti la situazione temuta, nella seconda, invece, doveva dare esecuzione ad una serie di attività precedentemente pianificate con il terapeuta. In entrambi i casi, il paziente è stato invitato ad effettuare una serie di compiti di automonitoraggio, mediante la compilazione di una scheda cartacea (precedentemente preparata) in cui doveva valutare su una scala a 10 passi l'intensità dell'ansia. Il confronto tra i dati ha palesato un netta riduzione dell'intensità emotiva nella condizione distrattiva, offrendo, di fatto, una efficace dimostrazione dell'effetto di esacerbazione emotiva causato dal rimuginìo.

2-Un ulteriore miglioramento sintomatico si è ottenuto tramite la pratica della mindfulness, che ha favorito le operazioni di distancing critico del paziente rispetto all'invasività dei pensieri rimuginativi.

Intervento sulla capacità di decentramento cognitivo

L'altro aspetto determinante nel sostenere il bias dell'attenzione selettiva (cfr. Disfunzioni metacognitive), attiene alla difficoltà del paziente nell'identificare i pattern espressivi delle emozioni e i contenuti mentali altrui. Relativamente al primo ambito è stato messo a punto un training psicoeducativo, organizzato in sezioni modulari, in cui venivano descritti e mostrati gli elementi prototipici delle diverse emozioni, specificandone le caratteristiche del volto e della postura, gli eventi e i pensieri dai quali più frequentemente esse scaturiscono, i comportamenti associati, ecc..

Invece, per potenziare la comprensione della mente dell'altro, si è fatto uso, in seduta, della tecnica del role playng, con l'intento di ricreare lo scenario delle situazioni sociali in cui il paziente ha vissuto la sensazione di essere giudicato negativamente. Tale esperienza è, poi, stata ridiscussa in seduta, dove si è cercato di far riemergere lo schema interpretativo da lui adottato per rilevare nei comportamenti altrui un costante atteggiamento di ostilità e di sprezzante denigrazione nei propri confronti. A partire dalla condivisione di tale aspetto, e riesaminando le stesse situazioni reali, il terapeuta ha invitato il paziente a formulare ipotesi alternative di lettura degli eventi. In tal senso, egli è stato sollecitato a costruire congetture verosimili sulle condotte dell'altro, definendone i pensieri, le emozioni e gli scopi. L'adozione della tecnica del disegno dello spazio mentale (Dimaggio, Semerari, 2003) ha favorito, in particolare, una migliore mappatura della eterogeneità dei contenuti mentali potenzialmente attivi nell'altro durante l'interazione. Ciò ha efficacemente evidenziato la sua eccessiva tendenza a sovrastimare la quota di attenzione da parte dell'interlocutore nei suoi confronti.

Nei casi di maggiore difficoltà nell'esecuzione del compito, il terapeuta ha svolto una funzione di mente ausiliaria/vicariante, focalizzando l'attenzione del paziente su quegli elementi in grado di orientare una diversa ermeneutica degli stati mentali dell'altro. Una esemplificazione di quanto detto rinvia al lavoro effettuato sulla distinzione tra disprezzo e ironia, mettendo in evidenza come quest'ultima eserciti un ruolo inclusivo e aggregante, piuttosto che escludente.

Intervento sui cicli interpersonali

Nell'economia del funzionamento relazionale descritto, la vergogna riveste un ruolo centrale, in quanto funge da trigger di uno processo rimuginativo sulla propria inadeguatezza e diversità che

determina un potente effetto di spostamento del focus attentivo dal qui ed ora della relazione al sé (come oggetto di autovalutazione negativa). L'assorbimento nel circuito autoinvalidante impedisce, pertanto, al paziente di seguire l'effettivo andamento dello scambio comunicativo, riducendo il suo coinvolgimento interpersonale. Tale dinamica è stata spiegata ed esaminata con il paziente, sottolineando come la sua percezione di un interlocutore freddo e giudicante scaturisse dalla sua mancata sintonizzazione relazionale, che, nel contempo, finiva per evocare nell'altro un atteggiamento poco partecipe e coinvolto.

Un ulteriore elemento, rilevante dal punto di vista interpersonale, è legato agli effetti delle reazioni di ostilità nei confronti di comportamenti percepiti come denigratori e offensivi. In maniera analoga a quanto fatto precedentemente, si è ricostruito il ciclo interpersonale problematico, discutendo con il paziente su come la sensazione di torto subito derivante dalla percezione di esclusione e valutazione negativa esitasse in atteggiamenti sfidanti e tali da ingenerare un comportamento sospettoso e perplesso da parte dell'altro, in maniera del tutto congruente con le sue aspettative: "Gli altri sono dei pezzi di merda, hanno sempre cercato di mettermi all'angolo … Meglio starsene da soli che fare il burattino per degli stronzi!".

Intervento sulla vergogna

Al fine di gestire la sofferenza derivante dalla vergogna e dalla sensazione di inadeguatezza, il paziente adotta come strategia privilegiata l'evitamento delle situazioni sociali. Si tratta di un espediente il cui unico effetto è quello di consolidare la percezione del rischio associata all'esposizione e di preservare il nucleo delle convinzioni fobiche. Pertanto, con l'intento di incentivare possibili esperienze di confronto sociale e di promuovere l'accettazione della propria inadeguatezza, sono stati effettuati tre diversi interventi:

1-normalizzazione della vergogna: sono stati presi in considerazione alcuni aspetti generali relativi all'esperienza della vergogna:

-La vergogna e l'imbarazzo sono emozioni che in quanto esseri umani tendiamo tutti a sperimentare e che in alcune circostanze è del tutto normale avvertire.

-La vergogna non attira inevitabilmente giudizi negativi, ma, al contrario, può elicitare un atteggiamento di maggiore garbo e disponibilità, proprio perché ci si accorge del malessere e delle difficoltà che produce.

2-self-disclosure: il racconto da parte del terapeuta di personali episodi di imbarazzo e di disagio. In particolare, il tono autoironico delle situazioni menzionate ha prodotto un positivo clima

di condivisione e normalizzazione dello stato problematico, facendo avvertire al paziente che le sue reazioni appartengono alla gamma dei comportamenti umani.

3-spiegazione del circolo vizioso della meta-vergogna: al paziente è stato spiegato come esercitare un controllo sugli aspetti sintomatici della vergogna induca un effetto di monitoraggio che amplifica la percezione stessa delle sue manifestazioni. Gli è stato, pertanto, suggerito che uno dei modi migliori per affrontarla consiste nel non tentare di contenerla, ma, al contrario, di accertarla, sforzandosi di esporsi alle situazioni temute.

Intervento sugli stati di condivisione

La iperfocalizzazione sugli aspetti di inadeguatezza del sé e sull'aspettativa dell'altro come figura giudicante sembra aver inciso negativamente sulla capacità del paziente di sperimentare la relazione come un momento piacevole e aggregante, ovvero come occasione in cui fare esperienza di quegli aspetti comuni e condivisi che fondano il presupposto del senso di appartenenza (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

In tale prospettiva, si è utilizzata la cornice terapeutica come contesto in cui promuovere la costruzione di un universo condiviso tra terapeuta e paziente (di cui giovarsi, successivamente, nelle relazioni sociali). Si è, pertanto, cercato di raccogliere e di incentivare tutti quegli argomenti (dal cinema alla letteratura) in grado di avviare uno scambio di idee proficuo e capace di evocare un effetto di positiva risonanza interpersonale. Il tutto si è svolto nell'ottica di offrire al paziente un'esperienza emotiva correttiva, opposta alla percezione di sé come individuo noioso e diverso dagli altri.

Un impatto decisamente positivo hanno sortito gli interventi del terapeuta sulle affioranti emozioni legate ai momenti di condivisione. Più in dettaglio, si è cercato di facilitare un processo di mentalizzazione degli affetti positivi, facendo notare al paziente la presenza di emozioni positive associate alla relazione e chiedendogli di descriverle e di valutarne l'eventuale ricorrenza anche in altri contesti.

Si è, poi, precisato come l'esperienza del sentirsi connesso o in sintonia non fosse prerogativa di ogni incontro con l'altro, ma che noia e disinteresse fanno entrambi parte della dinamica del comune sentire, e che, pertanto, tali stati emotivi non sono da interpretare come il segno di un fallimento sociale, ma rappresentano, piuttosto, condizioni da tollerare e accettare.

Difficoltà e ostacoli emersi durante il trattamento

Le difficoltà incontrate in fase di trattamento sono sostanzialmente connesse al clima relazionale delle sedute. Lo stile comunicativo e l'atteggiamento interpersonale coartati e

monocordi hanno favorito, nelle prime fasi, l'instaurarsi di un clima interpersonale suscettibile di attivare stati controtransferali di estraneità, che finivano per allontanare il terapeuta dalla relazione. Le operazioni di disciplina interiore e la condivisione, da parte del terapeuta, delle proprie impressioni su quanto accadeva in seduta, hanno consentito di trasformare il piatto e sterile andamento della seduta in un più fruttuoso terreno di confronto, in cui riconoscere un elemento problematico e tipico delle esperienze sociali del paziente.

Risultati raggiunti e stato attuale della patologia del paziente

Attualmente, il paziente evidenzia un miglioramento nella sintomatologia del disturbo. Pur rimanendo stabili le preoccupazioni relative alla relazione con l'altro, si registra un'attenuazione dei processi di rimuginazione e, conseguentemente, dell'ansia che ne deriva. Un notevole miglioramento si è, poi, riscontrato nella capacità di decentramento cognitivo e di lettura delle emozioni altrui, come evidenziato dalla maggiore abilità nel discernere l'ironia dal disprezzo e da una lettura più articolata e ricca degli stati mentali dell'altro, che gli ha consentito di ripristinare talune relazioni amicali e di ricavarne una sensazione di positivo coinvolgimento (ciò lascia supporre una migliore gestione dei cicli interpersonali problematici). Tale progresso, nel contempo, appare indicativo di una maggiore disponibilità del paziente a sottoporsi e ad accettare i rischi, in termini di ansia sociale, derivanti dalla esposizione a contesti interpersonali, un tempo pervicacemente evitati. Si segnala, infine, una significativa riduzione nell'assunzione di alcool, probabilmente dettata da un più efficace padroneggiamento degli stati ansiosi.

Elementi problematici e obiettivi non ancora raggiunti

L'aspetto problematico non ancora risolto si situa entro la cornice delle relazioni familiari e lavorative, dove permangono atteggiamenti di forte diffidenza e di distacco relazionale. Sia l'ambiente lavorativo che quello familiare risultano accomunati dalla presenza di figure umilianti e svalutanti; il che costituisce, tuttora, un fattore di mantenimento dell'idea di sé come soggetto passivo e impotente, incapace di rivendicare una identità autonoma e sicura.

Giovanni Pellecchia
Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva
Specializzato a Roma, training Lorenzini/Semerari
e-mail: giovanni.pellecchia@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