

Il caso di Anna: trattamento di una paziente con Disturbo Borderline di Personalità

Iacopo Bertacchi¹

¹Psicologo, Psicoterapeuta, Mediatore familiare - Associazione Mente cognitiva, Lucca

Riassunto

Il presente lavoro riguarda l'intervento su una paziente di 30 anni con Disturbo Borderline di Personalità caratterizzato dalla tendenza a sviluppare rapporti di dipendenza con l'altro per timore di abbandono. È stata approfondita in modo particolare la formulazione del caso, l'analisi dello stato mentale della paziente e il profilo interno del disturbo. La fase del trattamento, pur riferendosi ai primi tre mesi e mezzo, è descritta in modo dettagliato sia per quanto riguarda la fase del contratto iniziale e degli obiettivi della terapia sia per quanto riguarda le strategie e le tecniche che sono state applicate per raggiungere tali obiettivi relativi alle aree problematiche del paziente.

Summary

This paper involves the treatment of a 30 years old patient with Borderline Personality Disorder (BPD) characterized by the tendency to develop relationships of dependency for fear of being abandoned. It was particularly detailed the case formulation, the analysis of the mental state of the patient and the inner profile of the disorder. The treatment, while referring to the first three and a half months, is described in detail both as regards the initial stage of the contract and the objectives of the therapy both as regards the strategies and techniques that have been applied to achieve these objectives related to the problem areas of the patient.

Analisi della richiesta e presentazione del caso

Paziente: Anna, 30 anni, diploma professionale Tecnico della gestione aziendale, lavora alla gestione contabilità presso una azienda di forniture alberghiere. Vive in un paese di provincia nel centro-nord della Toscana con la famiglia, padre impiegato in comune, madre operatrice in una cooperativa che lavora con i servizi sociali. Ha un fratello di 36 anni che convive da diversi anni con la compagna e lavora come impiegato presso azienda privata.

Iacopo Bertacchi. Il caso di Anna: trattamento di un DBP, N. 10, 2012, pp. 47-82

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.psicoterapeutiininformazione.it

La paziente mi viene inviata da una propria parente che aveva già frequentato precedentemente gli studi medici presso cui lavoro e che mi contatta per un appuntamento, preoccupata per una serie di comportamenti messi in atto da Anna. Avendo un buon rapporto con la paziente, l'ha convinta della necessità di farsi aiutare e quindi a prendere un appuntamento con me.

Descrizione dei problemi del paziente negli aspetti quantitativi e qualitativi

Anna si presenta al primo colloquio ben curata nell'aspetto fisico, ha un approccio adeguato con me. L'eloquio è nella norma, appare collaborativa e ben disposta alla relazione, inizia a parlare di una serie di problemi saltando repentinamente da un tema all'altro.

Mi dice che ha dei problemi nel rapporto con il compagno, dovuti soprattutto alla propria gelosia che arriva a farle perdere spesso il controllo, con scoppi di collera nei suoi confronti e anche dei familiari se si intromettono. Mi racconta l'episodio accaduto qualche settimana prima, in cui a seguito di un diverbio con il compagno, aveva assunto una quantità di alcool tale da farla collassare ed entrare in uno stato confusionale (con condotte aggressive, minaccia di suicidio), tanto da indurre il ragazzo a chiedere aiuto ai parenti di lei. Dice di aver sempre fatto uso di alcool o cannabinoidi quando esce la sera per divertirsi, da un po' di tempo ricorre all'alcool e a sostanze anche quando è tesa o ansiosa per rilassarsi o sfogarsi. Fa uso abituale di cannabis, come il resto del gruppo frequentato insieme al compagno. Mi racconta anche un episodio accaduto alcuni anni prima quando in seguito ad un diverbio con il compagno, che aveva minacciato di lasciarla, la sera aveva accettato l'invito di un collega di lavoro a partecipare ad una cena e poi una festa in discoteca, aveva bevuto talmente tanto che da un certo momento in poi ha dei vuoti di memoria ed aveva subito un tentativo di violenza sessuale, sventato grazie all'arrivo di alcuni invitati alla festa e poi dal compagno che era stato chiamato e che poi l'ha riportata a casa. I genitori l'hanno convinta a denunciare l'aggressore, il processo è tutt'ora in corso, ma lei rinfaccia spesso alla madre di averle fatto prendere la decisione sbagliata.

Mi dice che ha paura che lui stia per lasciarla, è sicura che lui non è più coinvolto come lei nella relazione, è convinta d'altra parte che lui non le darà mai quello che lei desidera (una famiglia, dei figli) però non riesce a cambiare le cose e soprattutto non riesce a stare senza di lui. Vorrebbe che lui tornasse come all'inizio della relazione, in cui aveva attenzioni solo per lei e c'era una sintonia e condivisione molto forti.

Racconta inoltre di avere problemi nei rapporti con i genitori e con il fratello. I genitori secondo lei non riescono a capirla e la trattano diversamente rispetto al fratello. Nei confronti del fratello prova gelosia ed invidia perché lui ha una ragazza, convive ed è felice. Dice di non avere amiche o

amici, di aver sempre avuto difficoltà a mantenere le amicizie. Le uniche persone che frequenta oltre al compagno sono il gruppo di amici del compagno stesso, dove sono presenti altre coppie.

La paziente porta dunque all'attenzione una serie di problematiche presenti nella sua vita, si rende conto che alcune cose non vanno bene così come sono, parla dell'eccessiva gelosia verso il partner, dei comportamenti discontrollati, dei problemi nel rapporto con i genitori ma non capisce perché le succedono queste cose (*non so cos' è che non funziona in me*): soprattutto non vede come egodistoniche le condotte di rabbia e rivendicazione e attribuisce spesso agli altri la causa dei suoi comportamenti (*sono gli altri che dovrebbero trattarmi diversamente, merito rispetto, non è giusto! E' normale arrabbiarsi o reagire in quel modo se si viene trattati così, almeno il rispetto lo voglio!*).

Si definisce sull'esterno, soprattutto nelle relazioni e nelle situazioni interpersonali. Nell'autocaratterizzazione si descrive con una serie di tratti in cui sono presenti entrambi i poli opposti, che emergono al variare delle situazioni relazionali (*Anna è una ragazza dolce e carina, ma a volte non lo è, è disponibile ma a volte porta poca pazienza, è simpatica ma a volte è triste/seria/pensierosa, a volte furba e a volte ingenua....dipende dalle situazioni*). Sembrano emergere due personalità: da una parte quella carina, dolce, simpatica e disponibile, dall'altra quella scontrosa, poco paziente, triste seria e pensierosa. E' presente una forte instabilità nell'immagine che la paziente ha di sé ma anche la valutazione sugli altri può cambiare repentinamente assumendo caratteristiche opposte, con la tendenza a passare frequentemente dall'idealizzazione alla svalutazione dell'altro.

Emerge inoltre una scarsa capacità di mentalizzazione, intesa come capacità di riflettere sui propri stati interni e collegarli tra di loro, individuare il legame tra i temi di pensiero e gli stati emotivi.

E' presente una difficoltà nel discriminare i propri stati interni e di decentrare. Scarsa consapevolezza delle proprie difficoltà, con attribuzione sull'esterno della causa dei suoi problemi: le decisioni sbagliate che gli altri le fanno prendere, il compagno che non la tratta come invece si meriterebbe, i genitori che non la trattano come suo fratello, i colleghi di lavoro o il titolare dell'azienda che non la valorizzano come dovrebbero. Quando parla dei torti che a suo parere subisce ingiustamente dagli altri emerge un vissuto di rabbia, risentimento, frustrazione che però lei verbalizza o riesce a riconoscere solo raramente, piuttosto vengono agite o si manifestano attraverso il non verbale: il tono della voce diventa più alto, muove nervosamente le mani, spesso comincia a piangere improvvisamente.

E' presente un forte senso di inadeguatezza e inferiorità, che la porta ad evitare certe situazioni oppure a mettere in atto condotte compiacenti per essere accettata dagli altri. Anna ha la tendenza ad assumere un atteggiamento passivo e sottomesso con gli altri, fino a prestarsi a svolgere compiti poco gradevoli (soprattutto al lavoro) che poi le innescano rabbia, risentimento e ruminazione sui torti subiti. Solo la relazione stabile con un partner garantisce un maggior senso di efficacia e valore personale, per questo viene da lei ricercata continuamente.

Necessita di una eccessiva quantità di rassicurazioni per prendere una decisione, sia riguardante piccole cose quotidiane (scegliere un vestito per uscire la sera o acquistarlo) sia riguardante aspetti più importanti (ad esempio se lasciare un posto di lavoro per un altro). In tutti questi casi, nell'impossibilità di prendere una decisione, ricerca i consigli e le rassicurazioni o fa decidere gli altri (genitori o compagno), salvo poi prendersela con loro se le cose non sono andate come desiderava, recriminando di averle fatto prendere la decisione sbagliata.

Anna nella relazione si comporta in modo da accontentare e compiacere il compagno per diventare il suo unico punto di riferimento, quasi come se volesse che lui diventasse dipendente da lei. Cerca di venire incontro a tutte le esigenze del compagno, si adatta alle sue abitudini e alla sua vita. Ricerca la condivisione e la sintonia, prova un senso di vuoto e frustrazione al pensiero che il compagno non l'abbia in mente, la stia trascurando o mettendo in secondo piano rispetto alle sue cose. Sopporta con difficoltà il fatto che lui abbia anche altre cose o impegni, mentre lei ha solo lui. Ha spesso la necessità di essere rassicurata circa la sua importanza nella vita del compagno, ricerca continue conferme sottoponendo l'altro a pressioni che attivano cicli interpersonali disfunzionali: reazioni aggressive da parte del partner che a loro volta accentuano l'insicurezza e la sensazione di precarietà della relazione, a cui lei risponde con comportamenti di sottomissione e compiacenza per scongiurare la rottura del legame. Spesso non è neanche la gelosia a farle provare questo stato, quanto il fatto che il compagno si sia dimenticato di chiamarla, che per lei significa non essere presente nella mente dell'altro e quindi avere poca importanza. Per la paziente riuscire ad essere presente nella testa dell'altro, le attribuisce valore e le assicura in un certo senso una percezione di autoefficacia e il mantenimento di una buona autostima. Il partner in modo discontinuo riesce a farla sentire importante; lei passa continuamente da uno stato di illusione, in cui crede che il partner sia proprio come lo desidera lei, ad uno di disillusione-delusione (con rabbia e tristezza) in cui ha la percezione non solo di non essere così importante per il partner, ma si sente anche sfruttata, tradita, ingannata (difese basse: è sufficiente un piccolo segnale di interesse nei suoi confronti da parte dell'altro per farla "crollare", idealizzazione dell'altro). In questi momenti prova rabbia intensa perché sente di aver fatto tanto per lui e non aver ricevuto abbastanza, ha una sensazione di

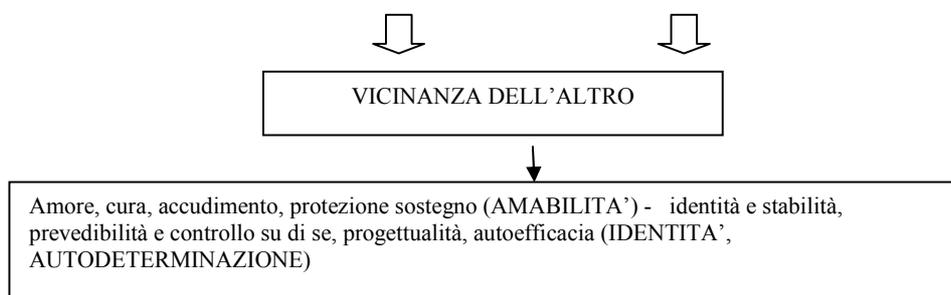
ingiustizia subita, lo rinfaccia al compagno il quale reagisce aggredendola o allontanandosi, con le conseguenze già viste (circoli viziosi di mantenimento).

Anche con i genitori ricerca continue rassicurazioni. Soprattutto nei momenti in cui prova un senso di vuoto, cerca la vicinanza e l'accudimento dei genitori con richieste di rassicurazioni: *ma almeno voi mi volete bene?*

Anna teme che il suo compagno possa lasciarla, abbandonarla, in alcuni momenti ricerca selettivamente i segnali di un possibile abbandono, ed è una eventualità che cerca di evitare in tutti i modi (scenario invivibile): se pensa che il compagno stia per lasciarla per un'altra, diventa sospettosa, aumenta i controlli, ricerca continuamente rassicurazioni attivando cicli interpersonali disfunzionali e di conseguenza comportamenti di sottomissione e accondiscendenza per non perdere il compagno (*dove lo ritrovo un altro come lui? Che cosa faccio senza di lui?*). La separazione dal compagno non è nemmeno rappresentabile.

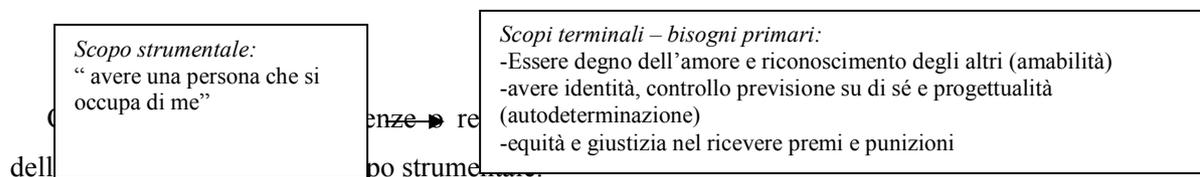
Spesso fa una serie di prove/test agli altri (partner, genitori, amici) per essere sicura che non la stiano abbandonando o come dimostrazione che le vogliono bene. L'assenza della relazione la fa entrare in uno stato di vuoto interiore, angoscia terrificata caratterizzata da assenza di scopi e desideri: in questi casi ricorre all'alcol e cannabis per anestetizzare tale sensazione. Quando finisce una relazione ne cerca immediatamente un'altra, spesso con comportamenti sessualmente disinibiti che, se accompagnati dall'uso di alcol e sostanze, l'hanno portata spesso a trovarsi in situazioni pericolose.

Si rileva inoltre una povertà di investimenti nella vita della paziente, dove tutto ruota intorno alla relazione con il partner. Emerge fondamentalmente una eccessiva necessità di essere accudita (e nello stesso tempo una paura di essere abbandonata) che viene ricercata nelle relazioni (con il partner, con gli amici, con i genitori) attraverso condotte compiacenti o di sottomissione che generano cicli interpersonali disfunzionali. La sensazione di non essere giustamente ripagati nella relazione, provoca delle ribellioni emotive (rabbia, ingiustizia subita) con scoppi di collera che generano nell'altro reazioni di tipo aggressivo o di allontanamento (minaccia fine relazione). Il timore dell'abbandono e il senso di vuoto (vuoto previsionale, paura di non farcela da sola) fanno sì che provi ad evitare la fine della relazione, riproponendo le dinamiche relazionali (cicli interpersonali) in un circolo che si mantiene, oppure con tentativi disperati di evitare la separazione (ricatti, minaccia di suicidio). Gli stati di vuoto e angoscia terrificata generati da una minaccia di abbandono (reale o immaginaria) vengono gestiti con condotte impulsive (ricorso all'alcol o sostanze e ricerca di una nuova relazione con comportamenti disinibiti sessualmente) che la mettono spesso in situazioni pericolose.



La presenza/vicinanza dell'altro, in particolare del partner, è così ricercata dalla paziente perché le garantisce un senso di identità, controllo e previsione su di sé (evitando l'ingresso nello stato di vuoto terrifico) e nello stesso tempo si evita la sensazione di sentirsi non degna dell'amore degli altri. Inoltre questa condizione riduce la sensazione di ingiustizia subita per non avere una persona che si occupa di lei. Dunque la vicinanza dell'altro è lo scopo strumentale iper-investito dalla paziente perché considerato l'unico modo per garantirsi una serie di bisogni primari (o scopi terminali) che fanno riferimento, come abbiamo visto, all'identità - autodeterminazione, all'amabilità-valore personale e al torto/danno subito.

Se l'unico modo per sentirsi degna di essere amata (non sentirsi uno schifo) – amabilità - e avere un senso di identità e un controllo, previsione e progettualità su di sé – autodeterminazione, identità - e nello stesso tempo sanare l'ingiustizia per non avere mai avuto cure e amore è quello di avere una persona accanto, si può comprendere come sia intollerabile e inaccettabile per lei non avere quel bene (scopo strumentale), dato che non ha altri strumenti per garantirsi i suddetti scopi terminali. Inoltre l'iperinvestimento su questo unico scopo strumentale spiega le ingenti risorse spese nel monitoraggio (ansioso-allarmato) di quel bene e l'intensità delle emozioni e dei comportamenti messi in atto nel momento in cui lo sente minacciato o compromesso. Lo schema che segue evidenzia gli scopi strumentali e terminali.

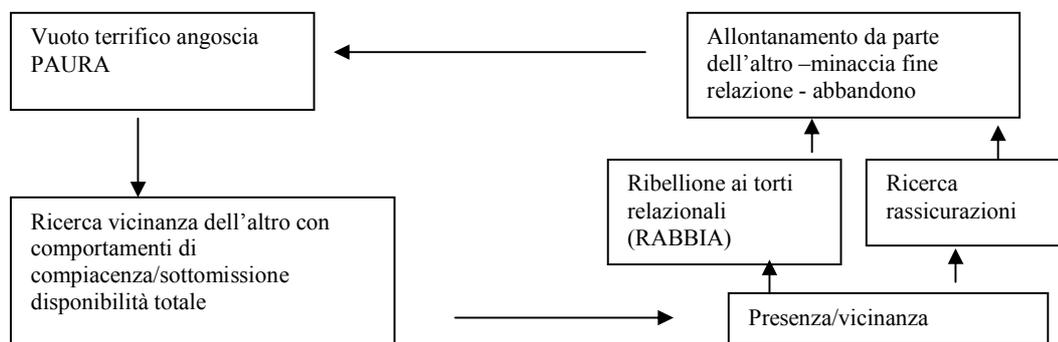


- "Se qualcuno mi amerà e si prenderà cura di me allora potrò non sentirmi uno schifo"
- "Solo se c'è sintonia e condivisione totale quella persona mi amerà veramente e saprà capire e soddisfare i miei bisogni senza che io glielo dica"

- “Se voglio essere amata e accudita dovrò mostrarmi accondiscendente e disponibile con l’altro”
- “Se mi mostrerò fragile e bisognosa di aiuto otterrò almeno cure e attenzione”
- “Senza una persona vicino non ci so stare perché non sono in grado di provvedere a me stessa, non so bene chi sono, che cosa voglio, cosa devo fare, non riesco a fare previsioni e progetti su di me”

Il fatto che ricerchi sempre una sintonia totale nel rapporto con l’altro, come condizione e dimostrazione di essere amata, fa sì che sperimenti spesso rabbia e frustrazione nel momento in cui non la ottiene. Spesso prova rabbia e risentimento nel momento in cui viene frustrata la sua aspettativa di essere capita e legittimata a priori. Il suo desiderio è quello di trovare una sintonia assoluta nella relazione. Soprattutto all’inizio di nuove relazioni (con i partner ma anche con i gruppi di amici o amiche) Anna sperimenta un senso di idealizzazione nei confronti delle nuove figure di riferimento. Con il passare del tempo, l’istaurarsi dei cicli interpersonali all’interno della relazione fanno sì che emergano gradualmente nella paziente i vissuti di rabbia, ansia e tristezza.

Lo schema seguente mostra come le condotte della paziente danno origine ad un ciclo che si perpetua:



Questa modalità di funzionamento fa sì che all’interno delle relazioni la paziente sperimenti diversi stati emotivi che vanno dalla rabbia, a stati di ansia e paura fino a tristezza e depressione a seconda delle valutazioni di minaccia, promessa o compromissione di scopi.

Rabbia - “Torti relazionali”

I comportamenti che Anna mette in atto per garantirsi la vicinanza dell’altro, attivano dei cicli interpersonali disfunzionali che mantengono il problema. La relazione con l’altro soprattutto con il partner viene a costruirsi in modo sbilanciato e asimmetrico e questo fa sì che la paziente sperimenti la sensazione di non essere giustamente ripagata nella relazione, di non essere adeguatamente compresa nei suoi diritti/bisogni. Pur di avere una persona accanto, Anna accetta rapporti basati

sulla sottomissione, fino a che avverte sensazioni di coercizione che generano rabbia, che prova a gestire con condotte compiacenti (volte a evitare il conflitto e scongiurare la separazione) che però attivano spesso processi ruminatori sul senso di ingiustizia subita, torto inganno immeritato (ruminazioni). Di solito poi reagisce con scoppi di collera e pianto, urlando ed attaccando verbalmente l'interlocutore (i genitori o il compagno), facendo poi ricorso ad alcool e cannabinoidi per contenere l'emozione. Di solito, come vedremo meglio più avanti parlando dei cicli interpersonali, l'altro (partner) reagisce con modalità che riattivano i comportamenti sintomatici di ricerca dell'altro e dunque i circoli viziosi relazionali. E' una rabbia che verte sull'attaccamento (non sono stata amata, non mi hanno dato ciò che mi spettava!) ed emerge quando all'interno delle relazioni Anna non si sente riconosciuta nei suoi bisogni e nei suoi diritti, quando non vede corrisposta la sua ricerca di sintonia e condivisione.

Dobbiamo poi considerare come la paziente ricerchi una sintonia assoluta, senza dichiarazioni esplicite, tra i bisogni propri e quelli dell'altro. Ma dato che ciò si realizza difficilmente, la paziente sperimenta un senso di ribellione legato alla sensazione di non essere giustamente ripagati, provocando emozioni di rabbia, risentimento e atteggiamenti ricattatori. Il timore dell'abbandono e il senso di vuoto evitano la ricerca di una rottura definitiva della relazione, riproponendo le dinamiche relazionali precedenti in un circuito che si perpetua. Inoltre, essendo il tema dell'ingiustizia subita così forte nella paziente, si comprende come l'attenzione selettiva sia focalizzata sul cogliere possibili segni di trascuratezza o mancanza di attenzione da parte dell'altro interpretati come mancanza di rispetto nei suoi confronti e dunque come torti subiti. Come si vede dai seguenti ABC, questi torti relazionali evocano vissuti di rabbia intensa (e in un secondo momento ansia e paura se connotati anche come segni di un probabile abbandono) soprattutto con il partner:

<p style="text-align: center;">A</p> <p>S. (il partner) non mi ha telefonato in tutto il giorno</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p>Come al solito si sarà dimenticato, io vengo dopo tutte le altre cose, non è giusto dopo tutto quello che faccio per lui! Non me lo merito!</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>RABBIA -Elevata attivazione psicofisiologica -Ruminazione sui torti subiti -Gli telefono risentita chiedendo spiegazioni , poi piango -Assumo alcool e/o cannabinoidi</p>
<p style="text-align: center;">A</p> <p>S. mi dice che prende un giorno di ferie dal lavoro per un torneo di pesca</p>	<p style="text-align: center;">B</p> <p>Vedi che quando gli pare lo prende un giorno di ferie, tutte le volte che gliel'ho chiesto io per andare da qualche parte insieme mi ha sempre risposto che non poteva! Io avrei pensato subito a lui se avessi avuto un giorno libero, lui</p>	<p style="text-align: center;">C</p> <p>RABBIA -Elevata attivazione psicofisiologica -Ruminazione sui torti subiti -Gli rinfaccio di non avere abbastanza attenzione per me</p>

	invece mette prima di tutto le sue cose, io vengo dopo tutto il resto. Non me lo merito! Eppure io cerco di fare tanto per la nostra relazione, faccio un sacco di sacrifici, lui è come se non li vedesse mai!	-Assumo alcool e/o cannabinoidi per abbassare la tensione
--	---	---

Il ricorso all'alcool e/o sostanze come strategia di fronteggiamento di stati emotivi problematici, viene messo in atto dalla paziente sia quando prova rabbia in riferimento ai "torti relazionali" sia, in modo più intenso, per gestire l'angoscia e la paura quando teme di essere abbandonata dagli altri (in primis dal partner).

Per quanto riguarda la rabbia, l'assunzione di alcool e/o sostanze è funzionale ad abbassare la tensione, la paziente percepisce una riduzione dello stato di agitazione provocata dalla rabbia. In questi casi generalmente le quantità di alcool o sostanze assunte non è eccessiva.

Per quanto riguarda invece la paura e l'angoscia di perdere il partner e rimanere sola, in queste situazioni il ricorso all'alcool e/o sostanze è funzionale a gestire e contenere uno stato emotivo percepito come estremamente aversivo, intollerabile, non arginabile/gestibile, troppo doloroso. Quando la paziente percepisce il suo scopo come fortemente minacciato (indizi del tradimento del partner o dello scarso coinvolgimento affettivo nella relazione ecc) o compromesso (il partner le dice che non vuole più vederla) e le si prospetta l'eventualità temuta (essere abbandonata, restare sola), sperimenta paura e angoscia terrifica, disperazione fino a sensazioni di disgregamento del senso di sé e dissolvimento dell'identità: l'alcool e/o le sostanze servono per "anestetizzare" tali emozioni vissute come non tollerabili, soverchianti, disgreganti. In questi casi le dosi possono essere molto maggiori ed arrivare all'abuso.

Come si vede da alcuni ABC riportati più avanti, questo stato di disperazione per il timore di abbandono può essere anche provocato dal fatto che la causa dell'allontanamento reale o immaginario del partner viene attribuita dalla paziente alle proprie reazioni rabbiose e aggressive nei confronti del compagno (*è colpa mia se mi abbandonerà, sono stata io a farlo scappare*). In questo caso potremmo dire che tali condotte sono messe in atto per gestire il danno della rabbia, cioè l'abbandono e la mancanza di risarcimento per le sofferenze vissute.

A questi scoppi di rabbia, che potremo chiamare "ribellioni emotive", il partner reagisce allontanandosi o spesso con aggressività. La paura di essere abbandonata spinge la paziente a ricercare l'altro con comportamenti di accondiscendenza, anassertività, disponibilità totale che fanno sì che non perda il suo scopo però ri-innescando i cicli interpersonali che mantengono la relazione. A volte non è necessario che il partner reagisca in questo modo per provocare nella

paziente tali reazioni. Può essere sufficiente che la paziente ripensi in un secondo momento al diverbio avuto con il compagno per criticare il proprio comportamento temendo che la propria reazione possa portare il compagno a stancarsi di lei e ad abbandonarla (come esemplificato nel seguente ABC):

A	B	C
Ripensa alla reazione rabbiosa avuta con il compagno	Forse ho esagerato, non posso fare così, e se ora non volesse più vedermi? Sarebbe solo colpa mia se non volesse più vedermi, non lo potrei accettare! Non posso perderlo!	PAURA ANGOSCIA -paura di essere abbandonata -Lo richiamo e gli chiedo scusa -Ricerco assicurazioni -Se non risponde vado a casa sua -Se non riesco a parlarci subito, aumenta la paura e l'angoscia a tal punto che devo bere o assumere sostanze perché non riesco a reggere l'emozione.

Con i genitori o con il fratello, quando si sente non riconosciuta nei propri diritti/bisogni, ha degli scoppi di collera durante i quali tende ad attaccarli duramente e in modo disprezzante con la finalità di abbassare l'altro e salvaguardare la sua autostima. L'ABC che segue esemplifica una situazione di questo tipo.

A	B	C
Mamma mi dice che devo rifarmi il letto e tenere in ordine la stanza	Non è giusto, mi sono dimenticata una volta e subito mi riprendono, io lavoro già tutti i giorni, e poi a mio fratello non glielo chiedevano, lo hanno sempre trattato diversamente da me! E poi invece di starmi vicino in questo periodo, mi dice solo quello che sbaglio!	RABBIA - Rabbia, risentimento -Elevata attivazione psicofisiologica -Risponde male alla madre recriminando e rinfacciandole di aver sbagliato tutto con lei - Ruminazione sui torti subiti -Ricorso ad alcol o sostanze per abbassare la tensione

Come si vede dal seguente ABC, anche con le amiche sperimenta situazioni di questo tipo: quando si sente trascurata da loro o quando non la cercano, prova rabbia per il trattamento ingiusto che subisce e ansia in quanto si sente rifiutata e abbandonata dagli altri e questo le confermerebbe di essere una persona indegna.

A	B	C
Riceve un sms da alcune amiche con su scritto "siamo in centro a fare shopping, ce la fai a raggiungerci?"	Che stronze, mi chiamano quando sono già lì! E' vero che sapevano che ero impegnata, però visto che mi ero liberata prima sarei potuta andare se mi avessero avvertito in tempo. Io al loro posto	RABBIA -ruminazione sui torti subiti -comportamenti anassertivi (rispondo che non posso andare, ma che non fa niente, ci

	avrei avvertito prima!	rivedremo un altro giorno)
parallelo	Se mi hanno chiamato solo ora è perché speravano che non andassi! Non mi vogliono con loro, gli faccio schifo! E io che avevo anche pensato che ormai mi consideravano una di loro... Mi sono sbagliata come sempre, nessuno vuole stare con me, non sono degna del riconoscimento degli altri, rimarrò sola per sempre!	TRISTEZZA -ricerca assicurazioni ai genitori: "ma almeno voi mi volete bene?"

Anche nell'ambiente di lavoro Anna assume comportamenti di accondiscendenza e spesso accetta compiti che non rientrano nelle sue competenze che poi le innescano rabbia e senso di ingiustizia subita, oppure non segnala una serie di difficoltà che incontra nel luogo di lavoro per evitare il conflitto o la possibilità che possa essere licenziata (vedi il seguente ABC).

A	B	C
Il titolare dell'azienda mi lascia un biglietto con su scritto che non dovevo parcheggiare la macchina nel parcheggio interno	Guarda che faccia tosta, sto sempre attenta alle cose che faccio, in due anni che lavoro qui non ho mai sgarrato in niente, un giorno che faccio uno strappo alla regola (tra l'altro per non sforzare la caviglia dolorante) subito mi riprende! Non me lo merito di essere trattata così!	RABBIA Risentimento Ruminazione sui torti subiti Comportamenti anassertivi (quando lo incontro gli chiedo scusa senza spiegare le mie ragioni)

Anche nel rapporto con il terapeuta sono emersi vissuti di rabbia legati alla percezione di torti subiti. Nei seguenti ABC si vede come la paziente sperimenta rabbia per non essere stata riconosciuta ingiustamente dal terapeuta in uno stato emotivo, in quanto si aspettava di essere capita e legittimata a priori dal terapeuta. Durante la seduta erano emersi segnali di irritazione che la paziente tendeva a non esprimere ma che erano riconoscibili dall'espressione facciale e nello stesso tempo da una irritazione provata dal terapeuta per una oppositività passiva apparentemente avulsa dal contesto relazionale.

A	B	C
Il terapeuta non mi chiede come sto	Perché non mi chiede come mi sento, se mi è successo qualcosa?! E' talmente chiaro che non sto bene, lo vedrebbe anche un cieco! Ho il diritto di essere compresa!	RABBIA Ruminazione sui torti subiti Irritazione Oppositività passiva Scontrosità Sguardo sfuggente Risponde in modo sbrigativo alle domande

A	B	C
Ripenso al terapeuta che non mi ha chiesto come sto	La verità è che non gliene frega niente neanche a lui, fa il suo lavoro perché è pagato, ma poi di me non gliene frega niente, di quello che provo veramente, dei miei bisogni, a nessuno gliene frega di me!	TRISTEZZA

Il *Laddering* sulla rabbia - Torti relazionali fa emergere la rabbia per quello che secondo lei è un torto ingiusto, grave ed inaccettabile: non mi posso rassegnare ad una vita di ingiustizie, trascuratezza e assenza di cure e amore, è una vita invivibile. Soprattutto perché io faccio tanto per gli altri, do tutta me stessa e ricevo in cambio molto poco. E poi non mi hanno mai dato i miei diritti, non sono mai stata amata, non ho mai ricevuto cure e amore e affetto, ma era un mio diritto, tutti lo hanno avuto, perché io no? Ora me lo devono dare, me lo merito! Gli altri possono e potevano fare di più per me, ma non lo fanno, se ne approfittano, gli altri mi sfruttano!

Questi scatti di rabbia lasciano subito il posto alla paura dell'abbandono e quindi alla ricerca della vicinanza dell'altro (sono disposta a tornare con lui nonostante quello che mi ha fatto).

Ansia – paura dell'abbandono – stati di vuoto

Quando la minaccia di abbandono accade realmente, o si trova a fronteggiare la fine di una relazione, Anna può arrivare a provare forti stati di ansia e paura, vuoto terrifico e angoscia, con fenomeni di derealizzazione, depersonalizzazione: in quei momenti non riesce a pensare a se stessa, anche la coesione dello schema corporeo può venire meno. In questi casi emerge una difficoltà a tollerare tale stato emotivo con tentativi di contenerlo attraverso condotte impulsive: sforzi disperati di evitare l'abbandono (minaccia suicidio, ricatti), ricorso all'alcool e sostanze per anestetizzare la sensazione, ricerca dell'altro attraverso disponibilità sessuale.

Ci sono tutta una serie di segnali di minaccia che Anna ricerca selettivamente che stanno ad indicare il possibile tradimento, abbandono da parte del partner. Ricercando con attenzione selettiva tutta una serie di possibili minacce, legge una serie di eventi come segnali del probabile abbandono o tradimento da parte del partner traendo conclusioni affrettate e comportandosi di conseguenza. Queste situazioni vengono vissute con forte ansia, preoccupazione attivando ruminazioni sulle ricerche di prove del tradimento, ricerca estenuante di rassicurazioni al partner. I due ABC che seguono si riferiscono a tali situazioni.

A	B	C
Controllo il cellulare del mio compagno e vedo che ha cancellato tutti gli sms dalla	E se li avesse cancellati per non farmeli vedere? Forse avrà rimandato e ricevuto sms da Laura	ANSIA PAURA -paura dell'abbandono -Ruminazione su indizi del

memoria	(ex ragazza del compagno), allora li ha cancellati tutti così io non avrei potuto vederli.	tradimento -Ricerca estenuante di assicurazioni al partner
---------	--	---

A Sono in giro con S., incontriamo la ragazza che lui aveva frequentato qualche tempo prima e lui la saluta	B Perché l'ha salutata, non avrebbe dovuto, dopo quello che mi ha fatto! E se avesse cominciato a rivederla?	C ANSIA PAURA Ricerca estenuante di assicurazioni al partner
--	---	--

In alcuni casi, se le viene il dubbio che il compagno le abbia mentito su dove andava e non riesce a parlarci, può provare stati di forte ansia, che arrivano fino all'angoscia intollerabile che riesce a gestire solo facendo qualcosa nell'immediato (condotte impulsive): assume alcool o sostanze per contenere l'emozione, prende la macchina e va sotto casa del compagno, telefona al numero di casa del compagno svegliando i genitori di lui. Le emozioni sono vissute come troppo forti, intollerabili, non riesce ad aspettare il giorno seguente per chiamarlo o raggiungerlo, non riuscirebbe a passare la notte senza sapere dove è andato il partner, deve saperlo subito (vedi il seguente ABC).

A E' mezzanotte e S. non mi ha ancora telefonato per dirmi che era tornato a casa	B Si è dimenticato di chiamarmi come sempre, lo sa che per me è importante, ma a lui non gliene frega niente, sono proprio l'ultimo dei suoi pensieri! E poi avrà fatto tardi, quando è con gli amici si dimentica di tutto, si diverte sempre di più di quando è con me, questo non lo posso sopportare!	C RABBIA Ruminazioni sui torti subiti
(Parallelo)	E se mi avesse mentito che usciva con gli amici e fosse uscito con Laura?	PAURA ANGOSCIA -angoscia, paura di essere abbandonata -Ricerca delle prove o indizi del tradimento -Prova a telefonare continuamente anche se il cell è spento -telefona a casa del compagno svegliando i genitori -Prende la macchina e va sotto casa del compagno ad aspettarlo -Assume alcool o sostanze (abuso)

L'eventualità della fine della relazione provoca nella paziente stati di ansia paura, che la spingono a mettere in atto condotte volte a scongiurare l'abbandono, che arrivano fino ai tentativi disperati per tenersi vicino il partner. La separazione dall'altro non è nemmeno rappresentabile.

La fine di una relazione, quando rivive un'esperienza di abbandono, quindi l'assenza di una figura di riferimento, fa sperimentare alla paziente uno stato di vuoto, confusione, disorientamento con emozioni che vanno dall'angoscia fino a stati depressivi. Inizialmente vive stati di vuoto e profonda angoscia, in cui può arrivare anche a provare sensazioni di disgregazione di sé e dissolvimento dell'identità, come mostrato nel seguente ABC.

A	B	C
S. mi dice che non vuole più vedermi, che la relazione è finita	E ora che faccio da sola? Non ce la posso fare, non posso vivere senza di lui! Ho paura, mi sento morire!	<p>PAURA ANGOSCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Stati di vuoto, angoscia terrificata -sensazione di disgregamento di sé -Cerco di riavvicinarmi con comport. di sottomissione: chiedo perdono e lo imploro di non lasciarmi -Sforzi disperati di salvare la relazione: ricatti, minaccio il suicidio -Ricorso all'alcol e cannabinoidi (abuso)

In un secondo momento emerge una reazione di tipo depressivo.

A	B	C
M. mi dice che non vuole più vedermi, che la relazione è finita	Nessuno mi vuole, non vado bene a nessuno, tutti alla fine mi abbandonano, allora è vero che faccio schifo, non sono degna della considerazione e dell'amore degli altri!	<p>TRISTEZZA</p> <p>Reazione depressiva</p> <p>Anedonia, mancanza di forze, stati di vuoto</p> <p>Ricerca rassicurazioni ai genitori: "ma almeno voi mi volete bene?"</p>

Il *laddering* rispetto alla paura di abbandono fa emergere la ineludibilità della presenza dell'altro per potersi garantire un senso di sé (costanza dell'identità) e di controllo e previsione di sé. La minaccia di abbandono o l'assenza dell'altro genera l'ingresso in stati di vuoto (vuoto disorganizzato, vuoto previsionale), vissuti con ansia, angoscia terrificata, percezione di disgregazione del senso di sé, dissolvimento dell'identità (confusione disorientamento, assenza di desideri e scopi: che cosa faccio da sola? cosa voglio? chi sono io? Per cosa vale la pena vivere?). In particolare si rileva come senza una persona di riferimento la paziente non riesca ad accedere ad una rappresentazione sia della propria identità sia dei propri desideri, scopi e piani per raggiungerli e come l'assenza di una figura di riferimento evochi scenari invivibili (no identità – no autodeterminazione).

Inoltre il *laddering* evidenzia come l'essere abbandonata/rifiutata/lasciata sia un'esperienza invivibile anche perché significa che è un essere indegno, schifoso, non amabile: se gli altri mi

abbandonano vuol dire che non sono degna del loro amore e riconoscimento, che sono uno schifo di persona e mi lasceranno sempre sola.

Lo schema in figura 1 esemplifica il funzionamento della paziente in relazione ad alcune situazioni problematiche (i “Torti relazionali”) mettendo in relazione una serie di eventi attivanti (A) con le relative valutazioni B (scenari temuti, scopi in gioco) e le risposte C con i meccanismi di rinforzo e mantenimento (E).

Fattori e processi di mantenimento

Riassumendo ci sono una serie di fattori che contribuiscono a mantenere gli stati problematici (emozioni e condotte).

Alcuni comportamenti come gli scoppi di collera, la ricerca di rassicurazione, o le condotte pericolose provocano nei genitori e nel fratello risposte di maggiore accudimento, attenzione e vicinanza nei suoi confronti (Rinforzo positivo S+ : maggiore disponibilità di cure, rinforzo negativo S-: mi evito la sensazione di abbandono).

Gli scoppi di collera con gli attacchi verbali verso l’altro le danno la sensazione di rimarginare in qualche modo l’ingiustizia subita, ad esempio risponde in modo pesante alla madre facendola soffrire (S+ : “Ora soffri un p’ò anche te”), nello stesso tempo le consente di evitare la sensazione di indegnità salvaguardando la sua autostima (S-: siete voi gli stronzi, non io).

Il ricorso all’alcol e sostanze è rinforzato dal fatto che lei percepisce un abbassamento di rabbia e dell’ansia (rinforzo negativo S-), inoltre non fa l’esperienza di stare dentro le emozioni dolorose per poter vedere che è in grado di tollerarle (S+: non sono in grado di controllarmi e prevedermi, ho bisogno di qualcuno accanto).

Per quanto riguarda più specificatamente i cicli interpersonali, mentre i genitori e il fratello reagiscono di solito alle condotte sintomatiche con un aumento dei comportamenti di cura e attenzione nei suoi confronti, gli altri (partner e amici) reagiscono con modalità diverse, che vanno dall’allontanamento/abbandono a reazioni di tipo aggressivo.

Con il partner (sia con quello che frequenta attualmente ma, dalla ricostruzione della storia personale, anche con quelli precedenti) si instaura un rapporto basato su dominanza e potere nella relazione. Alle reazioni rabbiose (torti subiti) o alle estenuanti ricerche di rassicurazione e manifestazioni di gelosia eccessive messe in atto dalla paziente, l’altro risponde o allontanandosi o più spesso con reazioni di risentimento fino ad assumere toni maltrattanti, minacciando la fine della relazione e facendo leva sulla sensibilità della paziente a sperimentare sensazioni di paura e abbandono. Nel momento in cui la paziente prefigura la lontananza dell’altro e la possibilità

dell'abbandono entra in uno stato di vuoto terrifico e angoscia che la spinge a ricercare la vicinanza dell'altro tramite le condotte di sottomissione, anassertive e di disponibilità totale, reiterando il ciclo e mantenendo il problema. L'altro probabilmente percepisce che il suo potere è aumentato ed è possibile che incrementi le condotte tese a mantenere lo stato di dominanza/sottomissione.

Anche le relazioni amicali sono connotate dall'istaurarsi dei medesimi cicli interpersonali. La vicinanza degli altri (amici) viene ricercata e ottenuta con le condotte di sottomissione, accondiscendenza, anassertività ed eccessiva disponibilità (passa a prendere in macchina anche persone che abitano molto distanti da casa sua, mette a disposizione le sue cose). Questo determina l'istaurarsi di rapporti in cui gli altri assumono sempre più potere o comunque finiscono per non avere mai l'attenzione ai suoi bisogni. Gli stati di coercizione inevitabilmente percepiti e vissuti come torti e ingiustizie, vengono gestiti con comportamenti anassertivi finalizzati a non perdere l'altro e che mantengono il problema rinforzando le credenze e le condotte messe in atto dalla paziente (confermano che gli altri non vedono i suoi bisogni e diritti).

A	B	C	E
<p>“TORTI RELAZIONI ALI”</p> <p>Non viene ricompensata nella relazione</p> <p>Non viene riconosciuta nella sua soggettività</p>	<p>Nessuno si sforza di vedere i miei bisogni e i miei diritti, non gliene frega niente a nessuno, non è giusto, dopo tutto quello che io faccio per gli altri!</p> <p>↓</p> <p>Non mi posso rassegnare ad una vita di ingiustizie, assenza di cura e amore, non posso accettare di non avere qualcuno che si occupi di me!</p> <p>↓</p> <p>1. E' ingiusto, non me lo merito! Non l'ho mai avuto! Me lo devono dare! TORTO INGIUSTO GRAVE, INACCETTABILE.</p> <p>2. Non posso stare da sola, non posso farcela, non saprei che cosa fare e dove andare, VUOTO PREVISIONALE (IDENTITA', AUTODETERMINAZIONE)</p> <p>3. Allora vuol dire che non sono amabile, faccio schifo, non sono degna dell'amore degli altri (AMABILITA' - VALORE PERSONALE)</p>	<p>RABBIA</p> <p>-Elevata attivaz. Psicofisiol.</p> <p>-Ruminazione sui torti subiti →</p> <p>-Urla e risponde male alle persone (familiari e partner) e le attacca duramente →</p> <p>-Condotte per gestire l'emozione : assunzione di alcool, sostanze →</p>	<p>-Le ruminazioni si svincolano dai dati concreti portando a conclusioni a cui lei crede fermamente, confermate anche dalla rabbia stessa che prova (orienta i processi cognitivi aumentando intensità/gravità percepita del torto</p> <p>-Ottiene maggiore disponibilità di cure (S+) da parte dei familiari</p> <p>-Ottiene controllo e prevedibilità su tali persone (S+)</p> <p>-Si evita l'abbandono (\$- Abbandono).</p> <p>-Rimargino un po' l'ingiustizia subita, riporto equità (io ho sofferto tanto, ora soffrite anche voi!) \$- Ingiustizia</p> <p>-Faccio bene ad arrabbiarmi, difendo i miei diritti: siete voi le merde, non io! (Salvaguarda autostima) S+</p> <p>-Cicli interpersonali con il partner (tipo sado-masochista): il partner si allontana, la aggredisce o minaccia di lasciarla paura abbandono ricerca dell'altro con sottomissione Ristabilisce la relazione con > potere da parte dell'altro nella relazione, > senso di coercizione e torti subiti; aumentano le ribellioni emotive e gli scoppi di collera in un ciclo che si perpetua</p> <p>-Percepisce abbassamento rabbia e tensione (\$-)</p> <p>-Non fa l'esperienza di stare dentro l'emozione per un tempo sufficiente a vedere che poi l'emozione passa (S+ emozione sovrastanti, ingestibili): conferma che da sola non ce la fa</p> <p>COSTI (S-)</p> <p>-Con questi comportamenti finirò per perdere le persone che amo, verrò abbandonata da tutti e resterò sola</p> <p>-Le condotte impulsive pericolose creano danni a me e alle altre persone</p>

Figura 1.

Scompenso

Nella ricostruzione della storia di vita la paziente riferisce come questi problemi siano sempre stati presenti, ma come si siano accentuati negli ultimi tre anni. In effetti dalla storia di vita emerge come sia sempre stata presente una difficoltà a livello relazionale, sia per quanto riguarda le relazioni con i partner (posizione di sottomissione, disparità di potere) sia le relazioni amicali (difficoltà a mantenere le amicizie), sia con la famiglia. Tre anni fa:

- il fallimento del progetto di convivenza con il compagno è stato un duro colpo per lei: aveva investito tantissimo in questo, aveva trovato la casa, convinto i genitori, e si era occupata di tutto lei, sicura che la cosa sarebbe andata in porto. Per lei significava tante cose, un primo passo per una vita insieme al compagno, separarsi dai genitori e diventare indipendente. Poi il compagno non è andato a convivere perché i suoi genitori non volevano, lei è rimasta da sola e ha pagato per alcuni mesi l'affitto (in realtà lui si fermava lì fino a tardi o la notte e poi tornava a casa la mattina presto). Fallimento progetto di vita con il compagno: disillusione-delusione (l'altro non è come pensavo, mi ha ingannato). Rabbia: non mi ha dato l'amore, né il rispetto!
- Nello stesso periodo, dopo alcuni mesi che era ritornata a casa, il rapporto entra in crisi e lui la lascia. Evento critico: abbandono, separazione dal compagno. Ricorda di aver provato per la prima volta un senso di vuoto, non sapeva più cosa fare, non riusciva ad iniziare ne immaginare nessun progetto di vita, pensava di non poter farcela da sola: confusione, disorientamento, con stati di vuoto angoscia e paura. Lo ricorda come uno dei periodi più brutti della sua vita. Inoltre scopre dopo poco che il compagno non solo frequentava una ragazza del gruppo di amici in comune, ma che la frequentava quando ancora stava con lei. (Abbandono + tradimento, inganno + ingiustizia). Ricorda che dopo aver provato invano a ristabilire la relazione con il compagno, il periodo successivo era stato caratterizzato da una ricerca spasmodica di un altro punto di riferimento.

Dopo circa due mesi la paziente è ritornata insieme al compagno, ma da allora sono comparse in lei persistenti preoccupazioni sull'abbandono, la paura di non potersela cavare da sola, la convinzione di essere non degna dell'amore degli altri perché inadeguata (e per questo abbandonata da tutti), riattivando la sensazione di aver subito dei torti inaccettabili ingiustamente. Questo ha portato ad un maggiore ricorso alle condotte sintomatiche per potersi garantire quello scopo:

monitoraggio più allarmato dello scopo perché lo vede ancora più minacciato, aumentano le condotte atte a garantirselo.

Gli eventi sopra esposti sono stati fonte di grossa sofferenza per la paziente, ma l'aspetto che ha reso ancora più importante investire sul compagno, mal tollerando ipotetici tradimenti ed allontanamenti, sembra essere stato l'aver vissuto il vuoto e il disorientamento nel momento in cui non aveva più il compagno accanto: questa esperienza, oltre ad essere fortemente avversiva ed emotigena ("non mi ci voglio più trovare in questa situazione, è terribile, non la riesco a reggere, non saprei come uscirne) le ha confermato che senza una persona accanto lei non è in grado di andare avanti, non ha un progetto di vita, non sa chi è, che cosa desidera, non riesce ad autodeterminarsi. Questo scenario ha assunto da questo momento in poi un valore maggiore di catastoficità ed intollerabilità, convincendola della necessità di investire maggiori risorse su tale anti-goal aumentando le condotte iperprudenziali.

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica

- Per quanto riguarda la famiglia emergono esperienze di invalidazione, trascuratezza da parte dei genitori e episodi di maltrattamento da parte di parenti. Quando era piccola veniva lasciata a casa dei nonni e degli zii paterni perché i suoi genitori lavoravano tutto il giorno, lei non ci stava bene: ricorda che la sgridavano di continuo, la rimproveravano in modo sprezzante ed umiliante, spesso la picchiavano. Ricorda come soprattutto se erano presenti i cugini/e, lei veniva trattata diversamente, spesso umiliata e squalificata. Lei lo aveva detto ai genitori che però avevano minimizzato, non dando peso alle sue richieste/bisogni e continuando a lasciarla in quell'ambiente quando erano a lavoro, soprattutto nei mesi estivi. Anche oggi lo rinfaccia alla mamma la quale minimizza e considera le sue affermazioni esagerate e poco realistiche. E' comunque ipotizzabile che la paziente abbia vissuto costanti invalidazioni della propria soggettività: i genitori erano spesso critici nei suoi confronti, insofferenti, spesso svalutandola e mettendola in confronto ad altri coetanei. Ricorda violenti litigi tra genitori, da lei vissute con spavento ed impotenza, forte preoccupazione e senso di precarietà. Dopo uno di questi forti scontri tra i genitori, la madre aveva deciso di vivere per qualche mese dai propri genitori lasciando i figli con il padre. All'interno di questo contesto di aggressività verbale e fisica la paziente provava spesso paura/terrore ed inizia a sviluppare il timore che i genitori potessero abbandonarla e che lei potesse rimanere sola da un momento

all'altro. Anna comincia a spaventarsi dei vissuti emotivi intensi provati, che nessuno le ha insegnato né a riconoscere né a tollerare. Riguardo alla madre Anna riferisce che non è mai stata in grado di sintonizzarsi sulle sue esigenze, in certi periodi depressa e non in grado di prendersi cura dei figli. Il padre inoltre appare come una figura debole, poco autorevole e in grado di tutelare i figli, con tratti di personalità di tipo passivo-aggressivo. Ad esempio nei due casi in cui Anna è stata aggredita dal partner, non è mai intervenuto direttamente. Nell'ultimo episodio, in cui il compagno l'ha aggredita mentre si trovavano a casa di lei di fronte ai genitori, si è limitato ad accompagnare (contro la sua volontà) la moglie a parlare con i genitori di lui. All'interno della famiglia spesso ha reazioni aggressive, mentre con gli altri appare remissivo e mostra condotte di sottomissione. La paziente ricorda quindi di aver vissuto in un ambiente che non le forniva l'accudimento e il contenimento emotivo necessari: si è sentita messa da parte/non vista da entrambi i genitori, i quali non si dimostravano disponibili ai bisogni della figlia.

- Per quanto riguarda le relazioni di amicizia, Anna racconta di aver avuto da sempre scarse relazioni amicali. Alle elementari si ricorda che legava poco con i compagni, passava la maggior parte del tempo a scuola con un bimbo down, lo aiutava. Nel periodo medie-superiori ricorda di aver frequentato alcuni gruppi, però con grosse delusioni e tradimenti (persone che riteneva amiche e che non si sono dimostrate tali) e rotture brusche dei rapporti (*io con le persone do sempre tanto, mentre gli altri sono poco disponibili a fare lo stesso con me, oppure mi tradiscono o mi ingannano*). Nel periodo finite le superiori ricorda poche relazioni di amicizia ma vissute in modo intenso: come con una ragazza, diventata sua migliore amica, (condividevano il fatto di aver vissuto delle esperienze di umiliazioni ed ostracismo) con cui aveva sviluppato una sorta di rapporto simbiotico-possessivo e (sulla quale aveva riposto una serie di speranze di riscatto sociale- relazione di sostegno-dipendenza) con la quale aveva fatto progetti per il futuro, la quale dopo due anni muore per una malattia grave.
- Carriera scolastica caratterizzata da ripetuti insuccessi. Alle elementari ricorda una maestra che era solita riprendere e mortificare gli alunni più in difficoltà (tra cui lei). Inizia Ragioneria, ripete 2 volte la prima e due volte la terza, poi abbandona. In seguito, convinta dalla sua migliore amica, va al professionale, supera il 3° anno, prende il diploma e dopo un anno di lavoro ritorna nello stesso istituto e fa il 4° e 5° anno e prende il diploma di 5 anni a 22 anni.

- Esperienze di umiliazioni in adolescenza, presa in giro perché era sovrappeso, era 81 Kg per 160 di altezza (adesso è 54 Kg)
- Le relazioni con i partner sono caratterizzate da esperienze di abbandono, tradimento e violenza fisica subita. Quando aveva 18 anni la prima relazione con un ragazzo di 19 anni, durata 2 anni (da 18 a 20 anni), rimane in cinta ma decide insieme ai genitori di abortire. Il compagno, che in una occasione l'aveva aggredita fisicamente con violenza, l'abbandona appena saputa la notizia. Anna ripensa spesso a questa storia e spesso si convince di aver sbagliato a fidarsi dei genitori nel prendere la decisione, perché secondo lei probabilmente non potrà mai più avere un figlio. A 22 anni la seconda relazione durata 2 anni, con un ragazzo di 17 anni, amico del precedente fidanzato. Anna scopre che il ragazzo mentre stava con lei frequentava anche un'altra ragazza. Appena finita questa relazione comincia quella con l'attuale compagno, più piccolo di lei di 5 anni (ha 24 anni) che inizialmente viene descritta come una storia bellissima, lei era innamorata e lui la faceva sentire importante. Poi con il tempo lui è cambiato, ha iniziato a trascurarla e a passare sempre più tempo con gli amici e ai suoi interessi. Dopo 3 anni lei propone di andare a stare insieme, trovano una casa in affitto, ma i genitori di lui non vogliono, così per alcuni mesi vive da sola nell'appartamento, accollandosi tutte le spese mentre lui ogni tanto si ferma lì a dormire. In seguito in un momento di crisi nella relazione, Anna scopre che il compagno da alcuni mesi aveva una relazione con una ragazza che apparteneva ad un gruppo di amici che frequentavano in quel periodo. Recentemente di fronte all'ennesimo litigio, lui l'ha picchiata violentemente a casa dei genitori.

Esposizione alle critiche, invalidazioni, umiliazioni e maltrattamenti fisici subiti	Sensazione di non essere ben voluta ed accettata dagli altri perché inadeguata. Percezione di sé come incapace di affrontare il mondo e la vita con le proprie forze.
Cure inadeguate da parte dei genitori: scarsa attenzione ai bisogni della figlia, difficoltà a sintonizzarsi sulle sue esigenze, scarso accudimento e contenimento emotivo, invalidazione, critica.	<ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo di immagine di sé come di persona "non amabile": timore di non essere degna del riconoscimento, approvazione, amore degli altri perché inadeguata: "Se qualcuno mi amerà e si prenderà cura di me allora potrò non sentirmi uno schifo" "Solo se c'è sintonia e condivisione totale quella persona mi amerà veramente e saprà capire soddisfare i miei bisogni senza che io glielo dica" - Difficoltà a riconoscere e legittimare i propri bisogni emotivi e avere rappresentazione delle proprie preferenze, scopi, desideri basata su esperienze in prima persona e su scelte, difficoltà a scegliere un progetto esistenziale relativamente autonomo: "Senza una persona vicino non ci so stare perché non sono in grado di provvedere a me stessa, non so bene chi sono, che cosa voglio, cosa devo fare, non riesco a fare previsioni e progetti su di me"
Esperienze di abbandono	Timore dell'abbandono dovuto alla percezione di uno scarso valore personale: pur di scongiurare tale pericolo assume un atteggiamento

	compiacente permettendo che gli altri passivamente dirigano la sua vita (cicli interpersonali disfunzionali): “Se voglio essere amata e accudita dovrò mostrarmi accondiscendente e disponibile con l’altro” “Se mi mostrerò fragile e bisognosa di aiuto otterrò almeno cure e attenzione”
Esposizione a violenti litigi familiari	Paura di rimanere sola, vissuti emotivi intensi (ansia, terrore, angoscia, vuoto, rabbia tristezza) che nessuno le insegna a riconoscere e tollerare: difficoltà nel comprendere e gestire i propri stati interni per potersi prevedere e governare (auto-controllo), difficoltà a capire le proprie dinamiche psicologiche senza averne paura.

Vulnerabilità attuale.

La crisi con il compagno e l’eventuale fine della relazione è probabilmente un fattore di vulnerabilità, in quanto Anna dovrà gestire gli stati di vuoto, di paura e di assenza di progettualità che sperimenta ogni volta che termina una relazione con il rischio che aumentino le condotte disfunzionali. Inoltre ricercherà da subito un altro punto di riferimento, un’altra relazione con le condotte compiacenti e di sottomissione, comportamenti disinibiti da punto di vista sessuale, maggiore ricorso all’alcol e sostanze. La mancanza di una rete relazionale o di un gruppo di amici, in una fase in cui deve far fronte probabilmente alla fine della relazione, diventa un fattore di vulnerabilità come assenza di fattore protettivo, dal momento che Anna potrebbe esporsi ad una serie di situazioni rischiose come già avvenuto in passato.

La terapia

Contratto e scopi del trattamento

Assessment e riformulazione domanda (pre-contratto). Inizialmente è stato necessario riformulare la richiesta della paziente, poco chiara e orientata più che altro a risolvere nell’immediato la difficile situazione con il partner. Ho spiegato che avremmo impiegato alcuni incontri per capire meglio le sue problematiche al fine di stabilire insieme una serie di obiettivi per la terapia.

Contratto. Terminata la fase di assessment, in cui ho condiviso con la paziente il suo schema di funzionamento rispetto agli stati descritti come maggiormente problematici e come si è venuto a strutturare in seguito alle esperienze di vita, abbiamo concordato gli obiettivi della terapia:

- Imparare a gestire e tollerare le emozioni intense e vissute come intollerabili,
- Ridurre le condotte di *coping* disfunzionali (condotte impulsive, ruminazioni)
- Diminuire l’investimento sulla vicinanza dell’altro
- Accettare l’ingiustizia subita e costruire modalità relazionali da Adulto

Obiettivi impliciti:

- Porre le basi per una buona alleanza terapeutica
- Legittimazione dei suoi vissuti e condotte, interventi di validazione emotiva
- Formulazione del caso
- Rendere la paziente consapevole del suo disturbo, aumentare l'egodistonia su alcune condotte
 - Ricostruzione e condivisione con la paziente del suo schema di funzionamento, per farle capire che le sue condotte sono guidate dallo scopo di evitare di perdere le figure di riferimento che per lei significano garantirsi l'amabilità e l'autodeterminazione
 - Ricostruzione in terapia del funzionamento della paziente (scopi iperinvestiti) attraverso la messa a fuoco degli ABC e *Laddering*
 - ricostruzione della storia di vita - gli eventi sensibilizzanti e stabilizzanti la sua problematica-scompenso
 - fornire una teoria della sofferenza osservabile e gestibile da parte del paziente
- Ridurre frequenza e intensità dei C problematici (emozioni e condotte) agendo sulla probabilità, imminenza e gravità dell'evento temuto. "Abbassare la temperatura, ridurre lo stato di allarme".
 - Attraverso le procedure di *de-biasing* innescare dubbi nella paziente (in maniera socratica) rispetto alle proprie previsioni ipergeneralizzate al fine di renderle meno frequenti (ricorso a una sola ipotesi focale) meno automatiche e meno soggettivamente certe (aumentare la discriminazione e l'esame di realtà). Intervento:
 - a) sia sugli A (iperfocalizzazione)
 - b) sia sui B – ristrutturazione cognitiva (ricorso ad un'unica ipotesi focale, probabilità, imminenza e gravità del danno)
- Gestione delle emozioni: ridurre le condotte impulsive e le modalità disfunzionali di gestione dell'emozione, favorendo l'apprendimento di modi più funzionali di gestione di emozioni percepite come intollerabili e soverchianti, imparando gradualmente a tollerarle.
 - Psicoeducazione
 - Tecniche della *Mindfulness* e dell'ACT per imparare a tollerare ed accettare le emozioni vissute come soverchianti e dannose
 - *Stress inoculation training* per dilazionare la risposta
 - Strategie di padroneggiamento degli stati problematici

- Ampliare le vie strumentali funzionali all'ottenimento degli scopi terminali: far sì che la paziente possa ottenere l'amabilità e l'autodeterminazione anche attraverso altri modi, oltre all'unica via iperinvestita (la vicinanza dell'altro):
 - Ridurre valore al coefficiente di desiderabilità dello scopo strumentale: avere una persona accanto.
 - a) Lo attacco sulla illogicità, parafrasando la regola in termini di credenze assolutistiche (es: è assolutamente necessario che io abbia una persona vicino per poter sentirmi degno di amore)
 - b) Con implicazioni morali pericolose (es: se fosse vero questo allora se per esempio avesse un figlio o una figlia che non ha un partner lo considererebbe disprezzabile e indegno?)
 - c) Contro condizionando o punendo la condotta con esperienza vicaria
 - d) Facendo vedere come l'ha imparata quella regola nella sua vita
 - Estendere le modalità per ottenere i bisogni primari (amabilità ed autodeterminazione): ci possono essere altre strade per sentirsi degni di essere amati e per avere identità e autodeterminarsi.
 - a) arricchire le vie strumentali (valori e scopi) per soddisfare i bisogni primari: promuovere criteri più internalizzati per valutarsi degna dell'amore degli altri (es: qualità e virtù, valori)
 - b) Arricchire i criteri che definiscono il sé ideale: aggiungere modalità di autovalutazione più mature riferiti all'essere una persona matura, responsabile, che coopera ed in grado di comprendere il punto di vista degli altri.
 - c) Promuovere la costruzione del Sé Adulto introducendo valori scopi e comportamenti che caratterizzano il rapporto adulto-adulto
- Ridurre i comportamenti problematici (condotte impulsive) rimodulando nel paziente la percezione di necessità di attuare le condotte stesse e ampliando le modalità di risposta
 - Analisi dei cicli interpersonali disfunzionali
 - Individuare l'attivarsi degli schemi disfunzionali e ridurre l'automatismo della risposta
 - Analisi costi benefici
 - Training assertività

- Accettare l'ingiustizia subita (non sono stata amata): fare in modo che possa ottenere lo scopo strumentale (vicinanza dell'altro) senza che lo faccia con le emozioni e condotte che poi vengono rinforzate

- 1) Legittimare lo scopo "avere qualcuno accanto" ma non le modalità utilizzate per ottenerlo. E' legittimo desiderare una persona che mi voglia bene, ma non con le condotte sintomatiche della paziente (bambino che chiede accudimento, rapporto genitore-bambino) bensì con modalità da adulto, ovvero con atteggiamento di cooperazione, condivisione, considerazione del punto di vista dell'altro (rapporto adulto-adulto): Metafora AT (sé adulto/sé bambino), tecnica delle 2 sedie, ACT e IWR.

- 2) Costruire l'adulto (Desideri e scopi – progetti-Autocontrollo - Role taking - empatia - Assertività negoziazione - Cooperazione - Amicalità - Cura di sé)

- 3) Costruire il genitore verso sé (regole/valori/accudimento/cura/validazione soggettiva) e verso gli altri (tenerezze/perdono/aiuto/protezione/guida)

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento. Descrizione della terapia

La paziente arriva in terapia con una richiesta poco chiara, confusa. Dice di essere stata convinta dalla zia, anche se ammette che ci sono una serie di cose nella sua vita che non la fanno stare bene. Parla in modo generico di una serie di problemi che ha: il rapporto conflittuale con il partner e con la famiglia, i comportamenti eccessivi, l'insicurezza, la gelosia e la paura di perdere il compagno. Mi dice però che non è consapevole di cosa non va in lei, di cosa fa di sbagliato nelle relazioni con gli altri, e quindi sono poco chiari in lei anche quelli che possono essere gli obiettivi della terapia. Piuttosto mi pare che abbia l'urgenza di fare qualcosa per salvare la relazione con il compagno, per cui sembra chiedere un aiuto in questo senso.

Per cui la prima cosa che faccio è cercare di riformulare e condividere la domanda, spiegando che dovremo capire meglio quali sono i suoi problemi, come influiscono sulle relazioni, perché la fanno stare così male, come si sono strutturati nel corso della vita. Quindi avere una maggiore consapevolezza delle sue difficoltà per poter capire come intervenire, su cosa lavorare. Questo è stato una sorta di pre-contratto per la terapia.

Il primo obiettivo condiviso, che ha caratterizzato la fase di assessment e la prima fase della terapia, è stato quello di definire i vari ingredienti cognitivi ed emotivi degli stati mentali più problematici. Attraverso gli episodi prototipici portati dalla paziente, ricostruiti e approfonditi con l'ABC e il *laddering*, è stato possibile ricostruire un profilo più accurato del suo disturbo e nello stesso tempo favorire nella paziente una maggiore conoscenza dei propri stati interni (pensieri e

emozioni), gli eventi che li determinano e le condotte che ne conseguono. Anna infatti aveva difficoltà nel distinguere i vari aspetti dell'episodio emotivo, per cui è stato necessario evidenziare il legame tra evento-pensiero-emozione-comportamento. In questo modo sono emersi alcuni stati mentali che creano sofferenza alla paziente e nello stesso tempo diversi meccanismi a circolo vizioso che intervengono soprattutto a livello relazionale che contribuiscono al mantenimento del problema. Abbiamo approfondito i suoi stati problematici alla luce della storia di vita, ponendo attenzione agli episodi significativi che possono averla sensibilizzata e che contribuiscono al mantenimento della sua sintomatologia. Questo lavoro ha aiutato Anna a capire meglio alcuni aspetti del suo disturbo e a vedere molte delle sue condotte come provocate dalla paura di essere rifiutata o abbandonata. Nello specifico ha potuto riflettere su come possa avere imparato dalle esperienze della sua vita (episodi di abbandono, violenza, umiliazioni subite) ad avere paura di determinate cose e a ricercare ansiosamente o iperinvestire su altre. La ricostruzione e condivisione con la paziente del proprio modello di funzionamento in relazione agli stati problematici ha avuto fondamentalmente i seguenti scopi:

- 1) Favorire nella paziente una consapevolezza del suo problema (disturbo) che aveva a sua volta una serie di finalità:
 - a) Aumentare l'egodistonia su una serie di comportamenti come gli agiti di rabbia, le reazioni ai cosiddetti "torti relazionali", le condotte di ricerca dell'altro attraverso la dipendenza.
 - b) Rendere disponibile alla paziente una spiegazione attendibile del funzionamento dei problemi presentati per sostituire le credenze naive (trovo sempre persone che mi ingannano, stile attributivo esterno) con una teoria della sofferenza osservabile e gestibile da parte della paziente
 - c) Favorire fin da subito un distanziamento critico rispetto agli scopi e valori o credenze cognitive iperinvestite, e di conseguenza una riduzione degli stati emotivi e delle condotte (nella frequenza, intensità e durata) tese a raggiungere i vari anti-goal.
- 2) Costruire una buona alleanza terapeutica, anche attraverso la validazione e legittimazione dei suoi vissuti

Sempre in questa prima fase ho cercato di ridurre, attraverso procedure cognitive classiche, la percezione di probabilità, imminenza e gravità della minaccia o compromissione dello scopo al fine di "abbassare la temperatura", ridurre lo stato di urgenza. Utilizzando tecniche di *de-biasing* ho cercato di contrastare la focalizzazione della paziente sui segnali percepiti come minacciosi e di stimolare una lettura meno automatizzata e non univoca dei dati, prevenendo una interpretazione

sbrigativa degli A e la generalizzazione delle conclusioni catastrofiche. In particolare ho cercato di ridurre l'attenzione selettiva verso i segnali di minaccia e gli automatismi tra A,B,C, ovvero la tendenza a mettere automaticamente in relazione alcuni segnali con valutazioni di minaccia o compromissione di scopi e passare alla messa in atto di risposte comportamentali. Inoltre ho cercato di favorire una maggiore capacità di discriminazione, contrastando l'attenzione selettiva e l'iperfocalizzazione su un'unica ipotesi focale, incoraggiando l'attenzione a segnali alternativi e interpretazioni diverse rispetto agli A e punendo la tendenza a leggere in modo auto centrato gli eventi.

Gli obiettivi di questa prima fase sono stati raggiunti, in quanto si è verificato da una parte una riduzione dello stato di urgenza e allarme rispetto alla minaccia/compromissione dello scopo, dall'altra un distanziamento critico rispetto ai valori e agli scopi iperinvestiti per ottenere amabilità ed autodeterminazione: questo si è tradotto in una diminuzione di frequenza, intensità e durata di alcune stati emotivi e condotte problematiche. Nello stesso tempo si è istaurata una buona alleanza terapeutica, la paziente si è sentita legittimata nei suoi vissuti e ha potuto dare un senso ad alcuni stati problematici causa di notevole sofferenza, iniziando a tollerarli e accettarli come aspetti di sé. Inoltre abbiamo potuto concordare gli obiettivi della terapia.

La riduzione dello stato di urgenza e la creazione di una buona alleanza terapeutica sono stati gli obiettivi iniziali necessari per poter iniziare a lavorare sugli obiettivi della terapia.

Un aspetto che ha caratterizzato la terapia fin dai primi incontri è stato il costante ricorso ad interventi di validazione emotiva, con lo scopo di normalizzare e condividere l'esperienza del paziente chiarendo che è in discussione la problematica legata al disturbo e non il valore e la dignità personale, per bloccare eventuali meccanismi di auto invalidazione. Nello stesso tempo ogni volta che sono emersi in seduta gli stati problematici (così come i cicli interpersonali) ho cercato di riconoscerli e gestirli insieme al paziente seguendo lo schema: riconoscimento del problema, accettazione non giudicante, tentativi di padroneggiamento. Lo scopo era aiutare la paziente, attraverso operazioni di validazione, svelamento e condivisione, ad assumere un atteggiamento metariflessivo e non invalidante sul problema presentato e discutere con lui possibili strategie di padroneggiamento.

Uno dei primi obiettivi è stato quello di interrompere i cicli interpersonali disfunzionali, importanti fattori di mantenimento del problema. Dopo aver ricostruito le dinamiche che si vengono a stabilire ciclicamente nelle varie relazioni con gli altri, ho cercato di mostrarle come le condotte messe in atto nella relazione, legate ad un iperinvestimento nello scopo strumentale, provocano risposte che la allontanano ancora di dal raggiungimento di quello scopo e fanno sì che

arrivi ad esacerbare alcune condotte nel tentativo di non perdere quel bene. Questo lavoro è stato fatto anche in vivo durante le sedute (in una fase più avanzata della terapia) nel momento in cui i cicli interpersonali sono emersi nel rapporto con il terapeuta. L'esempio di una situazione tipica, ricostruita e approfondita con la paziente e nel corso di sedute successive, è stata questa: la paziente durante un incontro non si è sentita riconosciuta dal terapeuta in uno stato emotivo, causato da un evento accaduto tra una seduta e l'altra, che lei provava ma di cui non ha parlato in seduta. Il fatto che il terapeuta non abbia colto questo stato l'ha fatta sentire arrabbiata, delusa e interpretando questo fatto come ulteriore conferma che gli altri non riconoscono i suoi diritti bisogni. Questo non è stato però verbalizzato, ma gestito attraverso un comportamento anassertivo durante la seduta attivando una attività ruminatoria e un atteggiamento risentito che poi si è manifestato con un'oppositività passiva e scontrosità nei confronti del terapeuta. Nel momento in cui è emerso in modo manifesto abbiamo potuto far luce sull'accaduto e perciò modellare in vivo una modalità interpersonale più adeguata. Dopo tale episodio ho ritenuto opportuno accertarmi ogni volta della condivisione sulle riattribuzioni o riformulazioni terapeutiche, sollecitando l'opinione della paziente su quanto affrontato in seduta, stimolando l'esplicitazione di eventuale disaccordo o risentimento.

Nello stesso tempo ho lavorato sulla percezione di necessità di mettere in atto le condotte nelle varie situazioni problematiche, arricchendo anche il repertorio comportamentale. Nello specifico:

- ho aiutato il paziente ad esercitarsi nel riconoscere i momenti in cui si attivano in lei gli schemi disfunzionali (minaccia dello scopo: rifiuto/abbandono/tradimento) e le conseguenti tendenze all'agito (*coping* disfunzionale), affinché potesse rallentare l'automatismo della risposta. Nello stesso tempo ho fornito delle strategie di *coping* più adeguate. In questo modo la paziente si è allenata a individuare le fasi in cui è attivo un determinato schema che determina poi i comportamenti messi in atto, quindi che si trova in uno stato di urgenza, e consapevole di questo non attuare immediatamente le risposte tipiche sapendo che ha a disposizione altre modalità di risposta.
- È stato utile anche fare una lista dei costi e benefici delle varie strategie di coping attuate, per mostrarne l'inutilità e la dannosità relativamente al raggiungimento degli scopi, ed un training all'assertività per ampliare le modalità di *coping* efficace.

Sempre in questa fase abbiamo lavorato sull'obiettivo di gestire in modo più adeguato le emozioni più intense (ansia e paura di fronte alla minaccia dello scopo e rabbia per le ingiustizie relazionali) e imparare a tollerarle:

- Psicoeducazione, attraverso la curva dell'ansia, i vantaggi e gli svantaggi a breve e a lungo termine dell'evitare di stare nell'emozione (attuando strategie di coping disfunzionale)
- *Stress inoculation training* per dilazionare la risposta.
- Strategie di padroneggiamento degli stati problematici: riconoscere l'ingresso negli stati di vuoto disorganizzato (assenza di scopie desideri) e sviluppare strategie di *mastery* efficaci.

Successivamente mi sono posto l'obiettivo di rendere la paziente più disposta ad accettare il verificarsi del danno (abbandono, rifiuto, assenza della vicinanza dell'altro), rimodulando la percezione del paziente di gravità e inaccettabilità dell'eventuale compromissione dello scopo e la valutazione di ineludibilità dello scopo stesso:

- In primo luogo cercando di rendere visibile rappresentabile lo scenario temuto e le conseguenze nella vita quotidiana in seguito ad un eventuale compromissione dello scopo (restare da sola): che cosa cambierebbe nella tua vita (la mattina ti alzi e che faresti, poi al lavoro, ecc). Stimolare nel paziente una rappresentazione delle conseguenze concrete, per decatastrofizzare lo scenario temuto e ridurre il grado di drammaticità percepita.
- In secondo luogo ho cercato di favorire una messa in discussione dei valori e scopi strumentali per ottenere l'amabilità, in particolare riducendo il coefficiente di valore allo scopo strumentale (avere una persona che si occupa di me) come fonte privilegiata di amabilità e identità-autodeterminazione. Questo è stato realizzato estremizzando la regola per evidenziarne gli aspetti di rigidità e illogicità (es: è assolutamente necessario che io abbia una persona che si occupa di me perché se non accadesse mi disprezzerei e mi considererei non degna dell'amore degli altri) o l'immoralità (se lei avesse una figlia che non ha un partner la considererebbe per questo disprezzabile e non degna dell'amore degli altri?) oppure punendo in modo vicario la regola stessa (parlando ad esempio di un'altra paziente) o ancora mostrando alla paziente come si è costruita questa regola.

Le procedure fino a qui utilizzate rientravano in un unico grande obiettivo: far abbassare la guardia, imparare a discriminare le situazioni, introdurre uno spazio tra emozione e condotta, spezzare i circoli viziosi soprattutto a livello relazionale, arricchire le capacità di *coping*. Rendere il paziente meno allarmato e più abile socialmente (previsioni meno sbrigative e reazioni più rallentate), entrando solo parzialmente nel nucleo della sofferenza del paziente.

La seconda fase della terapia ha riguardato proprio l'accettazione dei vari aspetti più dolorosi e intollerabili. Innanzitutto fare i conti con la sensazione di ingiustizia subita (non sono stata amata), legittimando i suoi vissuti e i suoi desideri ma promuovendo modalità adulte e mature per raggiungerli (Metafora del sé bambino - sé adulto, tecniche immaginative ed esperienziali, ACT; costruzione del sé adulto e del genitore verso sé e verso gli altri) desensibilizzando esperienze fortemente emotigene (abbandono, umiliazione).

Per quanto riguarda la rabbia legata al senso di ingiustizia subita, fin dalle prime fasi della terapia attraverso la ricostruzione e condivisione del disturbo avevo cercato di rendere la paziente più consapevole favorendo un distaccamento critico da alcune condotte, ottenendo di conseguenza una riduzione dell'intensità dei vissuti di rabbia. Soprattutto ho cercato di farle comprendere come quella generosità che lei era convinta di avere nelle relazioni con gli altri, fosse in realtà una oblatività coatta che logorava i rapporti e che manteneva un costante senso di instabilità delle relazioni. Nello stesso modo ho cercato di rendere la paziente consapevole del fatto che la ricerca della dipendenza con l'altro non è soltanto legata a un bisogno di aiuto e assicurazione, ma è ciò su cui si basa la regolazione delle scelte, che consente di percepire scopi e desideri ed evitare di avere stati di vuoto.

Per quanto riguarda l'obiettivo dell'accettazione dell'ingiustizia è stata utilizzata la metafora Se adulto/se bambino per poter legittimare da una parte i vissuti della paziente riguardo all'ingiustizia di non essere stata amata (*non mi hanno dato i miei diritti, non me lo sono meritato, è una ingiustizia, tutti li hanno avuti ma io no!*) e dall'altra rendere consapevole che adesso si sta comportando come se stesse dando voce alla bambina maltrattata che è dentro di lei, sta cercando con rabbia quello che non le è stato dato quando era piccola. Dunque utilizzando la metafora è possibile favorire un distanziamento critico da quelle condotte, facendo comprendere come quello che lei sta cercando nell'altro è un accudimento, un prendersi cura attraverso un rapporto di dipendenza (rapporto genitore-bambino).

Quindi dare voce alla bambina che è dentro di lei (legittimare e far esprimere i vissuti) ma facendo in modo che non prenda il sopravvento, altrimenti passa tutto il tempo a voler gestire i traumi interiori, con l'attenzione agli scopi ed anti-goal del bambino, e non costruisce l'adulto e il genitore.

Nello stesso tempo abbiamo iniziato a prendere in considerazione altri modi per stare nella relazione in modo soddisfacente, ovvero modalità più mature e tipiche dell'adulto. L'obiettivo è la costruzione dell'adulto e del genitore verso sé e verso gli altri.

Per quanto riguarda la rappresentazione di scopi e desideri, fin dalle prime fasi ho lavorato con l'obiettivo di rendere la paziente consapevole della propria difficoltà nell'identificare scopi e desideri. Utilizzando la metafora dell'altro come sostegno, stampella per camminare e quindi di una situazione fisiologica di dipendenza, ho cercato di mostrare e condividere con la paziente la propria tendenza a ricorrere al contesto interpersonale nella regolazione delle scelte e come la dipendenza abbia compensato una difficoltà di base a rappresentare e perseguire obiettivi personali: lei ha scopi propri ma difficilmente è in grado di rappresentarsieli. Con la paziente abbiamo condiviso come la sua vita sia sempre stata programmata coordinandosi con le aspettative, i desideri e gli scopi delle figure di riferimento, il contesto interpersonale è diventato la guida delle scelte personali: questo ha fatto sì che i suoi scopi e desideri raramente siano stati rappresentati a livello consapevole.

Al fine di riattivare una rappresentazione cosciente di scopi, desideri, e quindi per favorire scelte consapevoli, ho sottolineato l'aspetto della marcatura somatica degli scenari rappresentati per riconoscere i desideri segnati positivamente, utilizzando la marcatura emotiva delle situazioni di concordanza o contrasto tra le proprie aspirazioni e quelle dell'altro. Ho incoraggiato la paziente a credere che le emozioni che prova siano l'indicatore più vero di quello che egli desidera e teme, le mete a cui tende. Prima ancora avevo fatto compiere al paziente esperimenti comportamentali per favorire la discriminazione dei desideri (es: consigliando al paziente di scegliere di fare almeno una piccola cosa al giorno in assoluta autonomia, senza concordarlo con nessuno). Ho spiegato alla paziente che in questa fase esplorativa non è necessario che riconosca il desiderio prima di compiere una specifica azione, ma iniziare l'azione per poter valutare successivamente se le è piaciuto.

Dato che un altro obiettivo è quello di aiutare la paziente a gestire la relazione con le persone significative, una parte del lavoro si è concentrata sulla comprensione della mente altrui e sulle operazioni di decentramento relative a queste figure. In alcuni momenti ad essere al centro del dialogo terapeutico è stata la storia personale del partner o dei genitori, per favorire nel paziente operazioni di decentramento. Sono state utilizzate a tal fine esercitazioni per favorire il *perspective taking* e *role taking*.

L'altro obiettivo, sul quale stiamo lavorando, è quello di costruire il genitore verso sé (regole, valori, accadimento, cura, validazione soggettiva, compassione) e verso gli altri, stimolando nella paziente una serie di abilità che caratterizzano il prendersi cura degli altri (provare tenerezza, perdono, aiuto, protezione e guida). In particolare ho insistito sulla messa in discussione dei criteri per ottenere autostima e amabilità troppo esternalizzati e costruzione di standard internalizzati di

validazione soggettiva, realizzando una scala di valori su cui confrontarsi, definendo scopi e standard obiettivamente considerabili per considerarsi degna di amore e orgogliosa di se stessa.

Valutazioni d'esito

La terapia è iniziata a metà settembre, ad oggi sono state effettuate 16 incontri in circa 3 mesi e mezzo. La paziente è ora consapevole del suo disturbo, dei meccanismi di mantenimento e degli eventi sensibilizzanti e stabilizzanti che hanno portato all'iperinvestimento in alcune condizioni (scopi strumentali). Questo ha portato a vedere come ego distoniche alcune condotte e quindi ha favorito un primo distanziamento critico, dall'altra a ha favorito una normalizzazione dei fenomeni patologici. Questo unito al potenziamento di una serie di abilità di gestione degli stati problematici e di autocontrollo e sulle strategie di *mastery*, oltre alla consapevolezza dei *bias cognitivi* e al lavoro sui cicli interpersonali, ha portato ad un riduzione dell'intensità, frequenza e durata degli stati emotivi e delle condotte problematiche. La paziente ha imparato a riconoscere quando si attivano in lei gli schemi disfunzionali e a non mettere in atto d'impulso le condotte tipiche, così come a creare uno spazio tra emozione e condotta. La paziente stessa mi riporta in terapia gli episodi in cui è riuscita ad auto osservarsi ed esercitare un autocontrollo, e questo gli ha dato una percezione di autoefficacia.

Per quanto riguarda l'obiettivo di costruire l'adulto e il genitore, la paziente ha cominciato gradualmente ad impegnarsi fattivamente negli esperimenti comportamentali per favorire la discriminazione dei desideri. Nella fase iniziale però mi sono reso conto come la paziente, sentendosi intrinsecamente inadeguata, aveva letto la spiegazione condivisa sulle proprie difficoltà nella rappresentazione degli scopi come conferma della propria stessa inadeguatezza a vivere da sola e a provvedere a se stessa: sono state necessarie operazioni di validazione emotiva e di prevenzione di circoli viziosi mentali di auto invalidazione ricorsiva.

I progressi fatti dalla paziente sia sulla gestione delle situazioni problematiche sia nella costruzione della nuova rappresentazione di sé hanno consentito di gestire in modo più efficace e con minori costi la fine della relazione con il compagno, avvenuta in modo brusco e violento.

L'episodio è accaduto circa due mesi fa, dopo un mese di terapia. Una sera mentre si trovavano a casa di lei, dopo l'ennesima litigata in cui lui aveva minacciato di lasciarla, Anna ha iniziato a ricattarlo (dicendo che avrebbe detto a sua madre alcune cose riguardanti l'uso di sostanze) fino a che lui l'ha aggredito pesantemente. Data la gravità dell'accaduto (Anna il giorno dopo è andata al pronto soccorso per una contusione all'orecchio) anche i genitori si erano mossi, vietandole di rivederlo e andando a parlare con i genitori del ragazzo. Sebbene la relazione era stata caratterizzata

da fasi critiche, questa era la prima volta che Anna si trovava di fronte alla possibilità che la relazione fosse finita, anche perché ora non dipendeva solo da lei. Nei giorni seguenti Anna ha vissuto in uno stato di disorientamento, confusione, vuoto disorganizzato, caratterizzato dall'alternanza tra emozioni di paura, angoscia e tristezza, fino a fasi depressive con autosvalutazione (*e ora cosa faccio, senza di lui non so cosa fare, senza di lui non sono niente, che vivo a fare? No ho voglia di fare niente, non ho le forze... Il mio primo pensiero è sempre stato lui, ora esco dal lavoro e so che non lo posso né vedere né sentire, senza di lui non ho la voglia di far niente....*). Pur giudicando grave il comportamento del compagno però Anna avrebbe voluto rivederlo (lui le aveva detto che era pentito, che non voleva farlo e che non voleva perderla e che però in questo momento non potevano tornare insieme, dovevano aspettare un po' di tempo) per chiedergli scusa e implorarlo di tornare con lei. Avendo infatti acquisito un po' più di sicurezza e avendo la possibilità del sostegno della terapia, è riuscita a prendere un po' di tempo per non agire immediatamente con tale stato emotivo.

Proprio in questa fase ho cercato di far vedere ad Anna come i suoi tentativi di tornare con lui rispondevano più che a una scelta ad una forte paura di stare da sola e come i comportamenti messi in atto a tal fine le avrebbero consentito di ristabilire la relazione, riattivando i cicli interpersonali e mantenendo il disturbo. Nello stesso tempo abbiamo lavorato in vivo sulla gestione dei momenti di disorientamento e di vuoto, sperimentando strategie di gestione efficace.

Per quanto riguarda la relazione terapeutica e la *compliance* al trattamento, posso dire che si è instaurata una buona alleanza che ha portato ad un notevole aumento della motivazione al cambiamento rispetto alla fase iniziale della terapia. Infatti ho potuto notare, mano a mano che si procedeva nella terapia, un continuo ed attivo impegno sia durante le sedute sia tra un incontro e l'altro, attraverso gli homework e le riflessioni su quanto discusso nella seduta precedente. La difficoltà maggiore all'interno della relazione terapeutica è stata quella di favorire nella paziente un aumento della ego distonia rispetto a una serie di condotte e di credenze (agiti di rabbia, diritto al risarcimento) e nello stesso tempo validare e normalizzare i suoi stati, inquadrandoli all'interno della storia di vita. Un altro aspetto di criticità è stata la tendenza a sottovalutare inizialmente le gravi difficoltà nella rappresentazione di scopi e desideri che mi ha portato in alcune fasi a stimolare una rapida autonomia della paziente, attraverso rassicurazioni e consigli. Gradualmente è risultato evidente come la dipendenza costituisse per la paziente una compensazione alla difficoltà di rappresentare e perseguire obiettivi personali, perciò spingere a una rottura del legame di dipendenza significava tentare di eliminare i processi di compenso ed autocura, rischiando di far entrare la paziente in uno stato di vuoto ed angoscia. Sulla base di tale constatazione ho iniziato a

stimolare la costruzione di una nuova rappresentazione di sé che includa scopi, mete e desideri propri appresi, elaborati e portati nella vita.

La relazione terapeutica inoltre è stata caratterizzata da una fase di criticità proprio in corrispondenza della fine della relazione con il partner. Infatti la paziente ha cominciato ad istaurare una dipendenza nei miei confronti che è diventata sempre più forte e che è stata da me percepita inizialmente come una responsabilità troppo grossa, a tratti intollerabile. La conseguenza è stata un desiderio da parte mia di sottrarsi per il timore che la paziente potesse riprodurre una nuova relazione dipendente con il terapeuta, riattivando quindi cicli interpersonali problematici. Tale difficoltà è stata affrontata e superata con una doppia manovra, che ha preso origine dalla convinzione che tollerare un aumento di dipendenza della paziente nei miei confronti non avrebbe significato alimentare la patologia ma utilizzare piuttosto una sorta di strumento compensatorio, avendo ben presente come un obiettivo fondamentale della terapia fosse proprio il potenziamento della capacità di individuare propri scopi e desideri e regolare le scelte in modo autonomo per riequilibrare la dipendenza verso una modalità più funzionale. Inoltre considerato il bisogno da parte della paziente di una rappresentazione stabile dell'atteggiamento del terapeuta, la percezione di sottrarsi alla responsabilità avrebbe probabilmente indotto la paziente in richieste caotiche di rassicurazione attivando ulteriormente i cicli disfunzionali. La prima strategia è consistita dunque in operazioni di disciplina interiore per contrastare la tendenza ad attivare cicli interpersonali disfunzionali, avendo individuato gli indicatori relazionali che segnalano l'ingresso in tali cicli e quindi il rischio di mettere in atto manovre antiterapeutiche, ovvero il sottrarsi per un eccessivo senso di responsabilità del terapeuta. Il secondo passo è stato quello di riformulare in modo chiaro ed esplicito il contratto terapeutico: sviluppare una maggiore capacità di regolare le scelte in modo autonomo ed accedere ai propri scopi e bisogni, senza contrastare in modo diretto la dipendenza. La costruzione di una nuova rappresentazione di sé a partire da elementi riconosciuti e sperimentati come propri, che sta caratterizzando la fase attuale della terapia, sembra che stia influenzando fortemente sulla riduzione dell'eccessivo bisogno di protezione/accudimento che caratterizza la paziente.

Gli obiettivi raggiunti dalla terapia in questa prima fase sono stati dunque quelli di rendere la paziente più disposta ad accettare il verificarsi del danno (essere abbandonata, restare da sola, non avere una persona accanto) e a gestire in maniera più funzionale alcune emozioni percepite come soverchianti e disgreganti, imparando gradualmente a tollerarle. In questo modo si è resa più disponibile nei confronti di alcune situazioni che inizialmente tendeva ad evitare in maniera diffusa e generalizzata. Gli obiettivi della seconda fase della terapia, sui quali stiamo lavorando attualmente, sono quelli di favorire nella paziente la messa a fuoco dei suoi obiettivi e il

raggiungimento di una maggiore autonomia rispetto alle proprie scelte di vita e desideri, percependosi maggiormente capace di realizzarli o comunque di perseguirli, e nello stesso tempo di esprimere la propria soggettività indipendentemente dal giudizio altrui. Sempre in questa fase ho iniziato a mettere in discussione la sua speranza mai completamente abbandonata di trovare una figura di attaccamento che le dia un risarcimento per le ingiustizie passate o comunque una validazione sul piano dell'amore. In questo modo ho cercato di far confrontare la paziente con la condizione *"potrei non trovare mai questa figura di attaccamento"* per tentare di promuovere l'accettazione di tale eventualità temuta, condizione fondamentale perché la paziente possa darsi l'opportunità di costruire nuove modalità per sentirsi validata e amabile. Gli obiettivi di questa seconda fase della terapia richiederanno tempi più lunghi per poter essere raggiunti.

Un obiettivo ancora da attuare in terapia è quello di desensibilizzare la paziente rispetto a situazioni ed esperienze fortemente emotigene, mediate dall'amigdala (abbandono, invalidazione, maltrattamento, umiliazione), attraverso esposizione tramite immaginazione, tecniche ACT e *Imaginary With Rescripting* (IWR). La paziente sembra infatti spesso sopraffatta da emozioni regolate in maniera molto automatizzata, intensa e grossolana (sopravvento dell'amigdala). Il fatto di aver subito dei traumi nella sua vita (trascuratezza genitoriale, invalidazioni, maltrattamenti fisici da parte dei partner, umiliazioni, abbandono) ha fatto sì che una serie di stimoli somiglianti andassero a riattivare una elaborazione subcorticale a carico dell'amigdala. La paziente appare quindi sempre soverchiata da emozioni ed utilizza delle strategie di fronteggiamento (condotte impulsive, assunzione di alcool/sostanze, aggressioni verbali) che peggiorano il problema e fungono da meccanismi di rinforzo. Per questo le tecniche indicate, soprattutto l'IWR, potrebbero permettere di desensibilizzare e riabilitare la paziente rispetto a tali esperienze emotive grossolane ed automatiche.

Iacopo Bertacchi

Associazione Mente Cognitiva, Lucca

Specializzato a Grosseto, training Gragnani-Capo

iacopobertacchi@hotmail.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