

CAPITOLO III

DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITÀ

3.1. Inquadramento storico e teorico del disturbo

La prima descrizione dello stile evitante si può far risalire a Bleuler (1967) nella sua definizione del concetto di schizofrenia; egli sostiene, che nella fase di esordio della schizofrenia, i pazienti fuggono il contatto con la realtà in quanto le loro emozioni sono così forti che essi devono evitare qualunque stimolo possa scatenarle.

Tra gli aspetti fondamentali di questo tipo di personalità si ritrova la costante predisposizione alla “self-investigation”, sia per quanto riguarda le funzioni del corpo, con spunti di tipo ipocondriaco, che per quanto concerne il versante relazionale.

Kretschmer (1921) individua due diverse forme della sensibilità nel temperamento schizoide: l’astenico e l’iperastenico. Il primo è simile al tipo “schizoide” del DSM-III, mentre il secondo può somigliare al “pattern evitante” con caratteristiche di nervosismo, eccitabilità, irritabilità, timidezza, preoccupazione per la propria adeguatezza e per il giudizio degli altri, tanto che la loro intera esistenza è finalizzata allo sviluppo di una vasta serie di meccanismi difensivi nei confronti del mondo esterno, con lo scopo di evitare o almeno neutralizzare qualunque stimolo o influenza. L’affettività risulta coartata in tutti i suoi aspetti, la spontaneità e la fiducia sono sentimenti lontani dal vissuto di questi pazienti che vivono nel continuo tentativo di sopprimere ogni sentimento.

Una formulazione biologica è data dalla differenziazione di Klein (1978) di due sottotipi schizoidi di cui uno caratterizzato da una tendenza egosintonica all’isolamento sociale, mentre l’altro tipo caratterizzato dal desiderio di relazioni sociali soddisfacenti, ma inadeguato sotto questo aspetto a causa di uno stato emozionale composto da ansia anticipatoria e bassa stima di sé, a causa delle quali la persona sceglie l’estraneità e la solitudine per non esporsi; definito da Burnham, Gladstone e Gibson (1969) con il termine “dilemma paura-desiderio”.

La Horney (1950) descrive una persona evitante come caratterizzata da auto-disprezzo che la rende incerta rispetto agli atteggiamenti degli altri nei propri confronti, infatti, non essendo in grado di accettarsi non può ritenere che gli altri possano accettarlo. Inoltre, temono l'umiliazione connessa con il fallimento ed il dolore connesso con il rifiuto ed il loro desiderio di relazioni può essere immediatamente evidente a causa del loro modo di presentarsi timido e schivo.

Dal un punto di vista storico la personalità evitante nasce come entità diagnostica, differenziandola da quella schizoide, grazie alle analisi di Millon (1969) che ha rilevato, nell'evitante, la presenza della capacità di provare un coinvolgimento emotivo e di essere disturbato dall'incapacità di mettersi adeguatamente in rapporto con gli altri, al contrario dello schizoide. Nel Disturbo Evitante il paziente ha un desiderio di entrare in contatto con gli altri, ma è bloccato da una timidezza generale e da una estrema vulnerabilità alla critica.

Tale distinzione tra Disturbo Schizoide e Disturbo Evitante è stata criticata da diversi autori, in quanto andrebbe ad impoverire il concetto storico di Disturbo Schizoide oscurandone alcune caratteristiche chiave (Livesley, West, 1986) o perché non differenzerebbe in modo adeguato i due gruppi di pazienti; in tale prospettiva, una ricerca di Reich e Noyes (1986) ha evidenziato come in 82 pazienti psichiatrici ambulatoriali venivano soddisfatti sia i criteri per il disturbo schizoide che per quello evitante, portando a ritenere che l'aspetto schizoide sia una variante del DEP.

Prima della formulazione del termine "evitante" questo stile interpersonale era stato attribuito ad una vasta serie di altri disordini di personalità, come al carattere schizoide da Fairbairn (1950) e più recentemente alla personalità narcisistica da Kohut (1970).

Già Kraepelin (1913) aveva evidenziato alcune caratteristiche distintive del Disturbo Evitante, quali ipersensibilità alla critica e alla disapprovazione, chiusura verso gli altri, timidezza, scontroosità; l'Autore intravedeva nella sensibilità al mondo esterno la consapevolezza della persona relativamente alla propria insufficienza.

Altro aspetto fondamentale del Disturbo è la presenza dell'emozione della vergogna, analizzata da vari autori tra i quali Levin (1996). L'Autore propone una visione della vergogna come simbolo affettivo che si riferisce ad una situazione di pericolo, nel caso specifico determinata dal timore di dire qualcosa di inappropriato o di trovarsi in imbarazzo, arrossendo, piangendo o mostrando segni di ansia di fronte ad altre persone. Da questa interpretazione psicodinamica, la vergogna viene assunta come un insieme di

sentimenti che si evidenziano fenomenicamente con un atteggiamento di tipo fobico-evitante e che possono essere interpretati o come formazione reattiva, difesa dal desiderio di esibizione, o come espressione di angoscia legata alla ferita narcisistica dell'Io, per il riconoscimento dello scarto esistente tra Io e Ideale dell'Io.

Il senso di inadeguatezza alla base rende le persone evitanti poco sicure di se stesse ed incapaci di agire autonomamente e, dall'altro lato, essendo incapaci di provare sentimenti di fiducia non possono dipendere dagli altri. Di conseguenza, non possono ottenere sicurezza né da se stessi né dagli altri e ciò genera senso di vuoto e di solitudine dovuto alla repressione dei sentimenti. La diminuzione del coinvolgimento affettivo nelle relazioni interpersonali e il porsi costantemente in condizioni di inferiorità è un tentativo diretto ad inibire l'aggressività proveniente dall'ambiente circostante.

Anche altri Autori sono arrivati a rilevare tali aspetti, Akthar (1986) ha mostrato come la personalità evitante si senta inadeguata e tema il giudizio negativo al contatto con gli altri e come sia caratterizzata da emozioni di ansia e vergogna tipiche delle personalità fobiche.

Procacci e Semerari (1998) hanno sottolineato come la persona evitante provi un senso costante di estraneità dai rapporti duali e di esclusione da quelli gruppali non riuscendo a provare il senso di condivisione e di appartenenza. Quest'ultimo aspetto risulta molto rilevante, infatti, nella personalità evitante l'appartenenza ad un gruppo è una percezione sociale vissuta in modo problematico e ad essa si accompagna la percezione del senso di esclusione come un qualcosa di stabile e duraturo e strettamente conseguente alla mancata appartenenza; in tutto ciò, manca completamente la percezione della non appartenenza come una condizione legata al disturbo psicologico specifico (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

3.2 Quadro Sintomatologico

Il DEP si fonda su una modalità di relazione interpersonale contraddistinta dal timore eccessivo della disapprovazione da parte degli altri, oltre che dal bisogno di accettazione.

L'ipersensibilità alla critica fa sì che ogni possibile contatto interpersonale che possa esporre la persona al giudizio altrui sia evitato in qualsiasi modo; di conseguenza, si verifica una notevole restrizione degli stessi contatti interpersonali e della partecipazione

ad eventi sociali, rispetto ai quali vengono sempre accentuati i possibili aspetti negativi, con una condizione di marcata tendenza a svolgere una vita caratterizzata sempre dalla stessa routine, per evitare i rischi derivanti dalle novità, e, a lungo andare, da disagio sociale.

I soggetti evitanti sono molto ansiosi per la possibilità di reagire alle critiche arrossendo o piangendo e questo avviene fin dalla tarda adolescenza con la presenza di una esagerata ed estrema preoccupazione per tutto ciò che potrebbe metterli in cattiva luce di fronte agli altri e a causa di un'immaginaria disapprovazione che un comportamento criticabile potrebbe comportare; a meno che non siano certi dell'approvazione incondizionata.

Di solito, sono descritte dagli altri come persone riservate, timide, solitarie ed isolate; in effetti, possono divenire relativamente isolate e, usualmente, non hanno un'ampia rete di supporti sociali che possa aiutarle a superare le crisi.

Nonostante la quasi totalità delle occasioni di rapporto interpersonale venga attivamente evitata, si nota in loro desiderio di accettazione e di entrare in relazione con qualcuno che li accolga senza giudicarli.

Gli individui con DEP valutano attentamente i movimenti e le espressioni di coloro con cui entrano in contatto e tale contegno timoroso e teso può suscitare scherno e derisione da parte degli altri, andando a confermare le loro paure e i loro dubbi.

I problemi principali associati con questo disturbo si manifestano nel funzionamento sociale e lavorativo poiché questi individui tentano di evitare quei tipi di situazioni sociali che possono essere importanti per soddisfare le esigenze basilari del lavoro o per una promozione.

Il DEP può essere considerato il disturbo dell'intimità, dove molto forte è il desiderio di stabilire delle relazioni strette, all'interno delle quali, però, i soggetti si sentono esclusi (Dimaggio, Semerari, 2003).

Alcuni bambini mostrano già nell'infanzia gli antecedenti di questo disturbo di personalità, a volte già conformandosi su di un Disturbo Evitante dell'Infanzia o dell'Adolescenza; altre caratteristiche sintomatologiche cominciano ad essere evidenti in concomitanza con malattie fisiche che comportino menomazioni o gravi compromissioni dell'aspetto fisico.

Più recentemente, Nicolò et al. (2011), hanno evidenziato un ulteriore fattore presente nel DEP: l'aspetto alessitimico. Con il termine alessitimia si definiscono le difficoltà nell'identificazione delle emozioni e nel processo di distinzione di quest'ultime dalle sensazioni fisiche, nonché la mancata capacità di descriverle agli altri. Il costrutto appare correlato con tendenze relazionali quali evitamento dei conflitti, approccio relazionale distaccato, disfunzioni interpersonali, disfunzioni nella mentalizzazione e presenza di un ampio quadro di sintomi; caratteristiche tipiche della maggior parte dei disturbi di personalità. Nello specifico, rispetto al DEP, caratteri legati all'alessitimia possono essere riferiti a tendenza ad approcciarsi in modo freddo e distaccato ed a tendenza all'anassertività (Vanheule, 2007); inoltre, gli evitanti presenterebbero anche una limitata capacità di comprendere le cause delle proprie emozioni (Dimaggio et al., 2007).

Gli studi condotti da Nicolò et al. (2011) hanno permesso di rilevare che l'aspetto alessitimico è significativamente correlato con ambivalenza interpersonale, bisogno di approvazione sociale e mancanza di abilità sociale, tutti caratteri preponderanti nel DEP, e che un'ampia fetta di pazienti diagnosticati con DEP presenta anche alessitimia, mostrando intaccata la consapevolezza emotiva. I dati (Nicolò et al., 2012) rilevano come il DEP sia contraddistinto da alessitimia stabile, non essendo correlata agli aspetti depressivi che pur possono essere presenti, supportando l'idea che l'inconsapevolezza emotiva sia una caratteristica centrale del disturbo e, più in generale, di uno stile personale freddo e distaccato.

Tali aspetti sono da tenere in notevole considerazione, in particolar modo relativamente al trattamento; infatti, le difficoltà nell'identificare le componenti emotive e cognitive dei propri stati mentali, le difficoltà nel comprendere le situazioni interpersonali o i pensieri che elicitano le emozioni e la limitatezza psicologica delle loro narrazioni rende ardua la pianificazione del trattamento, che dovrà puntare, perciò, non sul contenuto, ma sulla sollecitazione costante dell'accesso all'esperienza emotiva (Nicolò et al., 2011).

Le caratteristiche essenziali del DEP come descritte nei criteri diagnostici del DSM-IV-TR riportano:

un quadro pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

- 1) evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale, poiché teme di essere criticato, disapprovato, o rifiutato;
- 2) è riluttante nell'entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo di piacere.
- 3) è inibito nelle relazioni intime per il timore di essere umiliato o ridicolizzato;
- 4) si preoccupa di essere criticato o rifiutato in situazioni sociali;
- 5) è inibito in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza;
- 6) si vede come socialmente inetto, personalmente non attraente, o inferiore agli altri;
- 7) è insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o ad ingaggiarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante.

Rispetto alla diagnosi differenziale sull'Asse I, i disturbi che vengono comunemente diagnosticati insieme con il DEP includono i Disturbi dell'Umore e d'Ansia, in particolare la Fobia Sociale di Tipo Generalizzato; è stato evidenziato che i due disturbi condividono il senso di inadeguatezza, la bassa autostima, l'ipersensibilità al rifiuto e l'evitamento sociale, ma la caratteristica del non sentirsi in relazione, di sentire di non appartenere sembrerebbe non presente nella Fobia Sociale e, al contrario, caratterizzante il DEP.

Inoltre, sembra esserci una notevole sovrapposizione tra il DEP e il Disturbo di Panico con Agorafobia e possono anche coesistere; l'evitamento nel Disturbo di Panico con Agorafobia inizia tipicamente dopo l'esordio degli Attacchi di Panico e può variare in base alla loro frequenza ed intensità, al contrario, l'evitamento nel DEP tende ad avere un esordio precoce, in assenza di chiari fattori precipitanti, ed un decorso stabile.

Riferendosi, invece, all'Asse II il DEP viene spesso diagnosticato insieme con il Disturbo Dipendente di Personalità, poiché gli individui con DEP si attaccano molto e diventano dipendenti da quelle poche persone delle quali sono amici; la caratteristica differenziante i due disturbi è il perenne stato di coercizione vissuto dal DEP, che, invece, nel dipendente è transitorio e il marcato ritiro sociale assente nei dipendenti.

Anche il Disturbo Schizotipico di Personalità e il Disturbo Schizoide di Personalità sono caratterizzati da isolamento sociale, ma gli individui con DEP desiderano avere relazioni con altri e sentono profondamente la propria solitudine, mentre quelli con Disturbo Schizoide o Schizotipico di Personalità possono preferire la solitudine e possono essere indifferenti all'accettazione e al rifiuto.

Il Disturbo Paranoide di Personalità e il DEP sono entrambi caratterizzati da riluttanza a fidarsi degli altri; tale aspetto, però, nel DEP non è basato, come nel paranoide, su una costante percezione di pericolo o minaccia, ma è dovuto più al timore di sentirsi imbarazzati o di essere trovati inadeguati.

Il complesso spettro di caratteristiche che rientra nella definizione di DEP può, nell'insieme, essere definito come il negativo di quello che si ritrova nel Disturbo Narcisistico di Personalità; infatti, il paziente con Disturbo Narcisistico di Personalità ricerca costantemente i contatti sociali come strumento di affermazione personale e di conferma alla propria grandezza, mentre il soggetto con DEP cerca negli altri conferme alla propria inadeguatezza e, quindi, i contatti sociali devono essere evitati. Inoltre, un ulteriore aspetto condiviso tra i due disturbi è la sperimentazione dell'emozione della vergogna, ma, mentre nel Disturbo Narcisistico la vergogna può essere una risposta alla critica, come anche la rabbia, che viene comunque dissimulata in una studiata indifferenza, nel Disturbo Evitante tale effetto sembra centrale in ogni tipo di relazione interpersonale, ma soprattutto in quelle più ansiogene, in cui cioè il soggetto si sente più esposto alla critica.

Altri Disturbi di Personalità possono essere confusi con il DEP, in quanto hanno alcune caratteristiche in comune; è, quindi, importante distinguere tra questi disturbi in base alle differenze delle loro caratteristiche specifiche. Comunque, se un individuo presenta caratteristiche di personalità che soddisfano i criteri per uno o più Disturbi di Personalità oltre al DEP, tutti possono essere diagnosticati.

3.3 Incidenza e prevalenza

Il DEP ha una prevalenza nella popolazione generale dello 0,5-1%, che raggiunge il 10% nei pazienti psichiatrici ambulatoriali (Cassano, Tundo, 2006). Inoltre, sembrerebbe che il DEP sia ugualmente frequente nei maschi e nelle femmine.

Il comportamento evitante spesso inizia nell'infanzia o nella fanciullezza con timidezza, isolamento e timore degli estranei e delle situazioni nuove. Sebbene la timidezza nella fanciullezza sia un comune precursore del DEP, nella maggior parte degli individui tende a svanire gradualmente con la crescita. Al contrario, gli individui che sviluppano il DEP possono diventare progressivamente più timidi ed evitanti durante

l'adolescenza e la prima età adulta, quando le relazioni sociali con persone nuove diventano particolarmente importanti. Vi è qualche evidenza che negli adulti il DEP tende a diventare meno evidente e ad andare incontro a remissione con l'età.

Alcuni studi, come quello condotto da Torgersen et al. (2001), hanno rilevato effettivamente una variazione legata all'età relativamente al DEP che si ritroverebbe in percentuale maggiore con l'avanzare dell'età, un livello di scolarità più bassa rispetto ai soggetti senza disturbo di personalità ed una peggiore qualità di vita, maggiori disfunzionalità e disabilità rispetto ai soggetti con disturbo di personalità dello stesso cluster C; mentre, si evidenzia la maggiore presenza nel sesso femminile e più spesso tra persone separate e che vivono da sole (Zimmerman, Coryell, 1989). In quest'ultimo studio è stata anche riscontrata un'elevata frequenza di disturbi psicosessuali tra i soggetti con DEP.

È però difficile trovare tale disturbo in forma pura, solitamente, infatti, esso si associa ad altri disturbi sia in asse I che in asse II. Attraverso l'analisi di numerosi studi volti ad identificare le diagnosi di disturbi di personalità più rappresentate tra i disturbi d'ansia è stato possibile individuare come in particolare la diagnosi di fobia sociale, presenti maggiore frequenza di associazione con il DEP, come rilevato dal DSM IV. Uno studio ha dimostrato come, anche se esiste questa forte co-esistenza tra i due disturbi, essi non sono la stessa cosa, in quanto possono esserci pazienti che soddisfano i criteri per un disturbo senza soddisfare i criteri per l'altro (Skodol et al., 1995).

3.4 Strumenti diagnostici

La valutazione diagnostica accurata è essenziale per comprendere la patologia di Asse II. La maggior parte degli strumenti esistenti misurano i disturbi di personalità seguendo la tassonomia del DSM-IV-TR (APA, 2000). Gli strumenti diagnostici attualmente più utilizzati per la valutazione standardizzata dei disturbi di personalità sono costituiti sia da interviste che da test carta-matita; oltre che, di fondamentale importanza, dal colloquio clinico.

Rispetto alle interviste la più utilizzata è la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders – SCID II (First et al., 1997); essa è un'intervista semi-strutturata costituita da 119 items che sono strettamente correlati ai criteri definitivi dei disturbi di

personalità secondo il DSM-IV. Per la somministrazione si fornisce al soggetto il Questionario di Personalità che deve essere auto-compilato fornendo risposte che facciano riferimento al modo in cui la persona si è sentita in generale e trasversalmente nei diversi contesti di vita, escludendo eventuali sintomi di Asse I. Successivamente, si procede con l'intervista vera e propria; l'intervistatore fonda l'indagine soffermandosi ed analizzando nello specifico gli items ai quali, nel questionario, il soggetto ha dato una risposta positiva, indicando, cioè, la presenza del sintomo descritto. La procedura utilizzata risulta pertinente in quanto permette una maggiore specificazione, anche in termini di durata, frequenza e rilevanza, delle situazioni individuate come presenti nella vita del soggetto, dando, quindi, la possibilità al clinico di discernere al meglio la valutazione che il soggetto stesso ne dà e, quindi l'importanza del sintomo sulla qualità della vita, e di valutare egli stesso la gravità e la pervasività del costrutto.

Rispetto ai test carta-matita e, più specificamente, rispetto ai questionari autosomministrati, due in particolare presentano un'alta percentuale di utilizzo: il Millon Clinical Multiaxial Inventory III – MCMI III (Millon et al., 1997) e il Minnesota Multiphasic Personality Inventory II – MMPI 2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen e Kaemmer, 1989).

Il primo test, MCMI III, è un questionario vero/falso formato da 175 items e composto da 24 scale e 4 indici di correzione che valutano la patologia sia di Asse I che di Asse II. Le scale del MCMI-III sono raggruppate in categorie di personalità e in psicopatologie specifiche per riflettere la distinzione fatta dal DSM-IV fra Asse I e Asse II. Oltre alla distinzione tra sintomi psichiatrici e disposizioni stabili della personalità, esse, all'interno di ciascun asse, sono ulteriormente raggruppate secondo il livello di gravità della psicopatologia: si valuta, quindi, il modello caratterologico precedente alla malattia, indipendentemente dal suo grado di patologia. A livello di scala, ciascun asse è composto da dimensioni che riflettono le principali sindromi: le scale dell'Asse II comprendono quelle dimensioni della personalità che sono parte del DSM, mentre le scale dell'Asse I riflettono le sindromi che sono più rilevanti nel lavoro clinico.

Il test viene utilizzato per valutare l'interazione fra disturbi di Asse I e Asse II, basandosi sul sistema di classificazione del DSM-IV, per identificare le caratteristiche più profonde e pervasive della personalità, sottostanti la sintomatologia manifesta del paziente,

per ottenere una comprensione integrata delle relazioni che intercorrono fra caratteristiche di personalità e sindromi cliniche e per favorire l'individuazione del trattamento.

Risulta evidente come per il clinico, l'uso di un tale strumento possa rivelarsi estremamente utile, in particolare, per avere un quadro generale delle caratteristiche di base del paziente e delle interazioni tra i sintomi clinici e gli aspetti di personalità.

Il secondo test preso in considerazione è il MMPI 2. Esso è il questionario di personalità più diffuso al mondo in ambito clinico e comprende 567 items espressi come affermazioni su di sé, che riguardano atteggiamenti, interessi, caratteristiche psicologiche, abitudini, convinzioni, disturbi somatici, aspirazioni, considerazioni generali a cui il soggetto può rispondere con vero/falso. I raggruppamenti degli item permettono di costruire diverse scale che consentono di esprimere la descrizione clinica globale del paziente.

Il test è dotato di un elevato potere discriminante tra i tratti normali e patologici della personalità e rappresenta, quindi, un potente strumento di valutazione diagnostica differenziale; inoltre, permette non solo di individuare e quantificare la presenza o l'andamento di una determinata variabile psicologica, comportamentale o patologica, ma anche di valutare se una variabile interveniente induce modificazioni significative nel tempo, infatti, può essere somministrato più volte durante il trattamento, rendendo possibile il controllo delle variazioni sintomatologiche in seguito alle terapie praticate.

Il questionario è facile da somministrare: le persone si autosomministrano il test rispondendo semplicemente Vero o Falso agli items proposti.

La caratteristica più importante dell'MMPI 2 che lo rende un valido strumento in ambito clinico è, oltre alla semplicità di somministrazione e di correzione, quella di essere costituito da una serie di scale grazie alle quali viene analizzato non solo il tratto di personalità dell'esaminato e la situazione clinica/patologica globale su una grande varietà di quadri sintomatologici, ma anche la sua condizione presente, con uno specifico riguardo proprio alla veridicità dell'interpretazione e, quindi, alla validità generale del profilo emerso.

Oltre alle valutazioni di tipo oggettivo basate su strumenti standardizzati, è molto importante, al fine di giungere ad una diagnosi accurata, l'utilizzo del colloquio clinico per avere maggiori elementi diretti relativi ai sintomi e al vissuto del paziente e per poter effettuare in modo più meticoloso una diagnosi differenziale.

Il colloquio clinico orientato alla valutazione dei disturbi di personalità in genere presenta caratteristiche diverse rispetto ad un colloquio condotto per l'analisi di un disturbo di Asse I; infatti, più nello specifico, si cercano di individuare dei pattern nel modo in cui il paziente descrive soprattutto le proprie relazioni sociali e il proprio funzionamento lavorativo, in quanto queste due aree, di solito, forniscono una rappresentazione chiara dello stile di personalità generale. Inoltre, i clinici si basano molto sull'osservazione del modo in cui i pazienti interagiscono con loro nel corso del colloquio e valutativo e di trattamento; quest'ultimo aspetto, per quanto utile, deve essere tenuto in considerazione con molta cautela ed integrato con tutte le altre informazioni raccolte rispetto al funzionamento globale del paziente per evitare di generalizzare una modalità di interazione interpersonale che potrebbe essere circoscritta alla singola situazione valutativa (Skodol, 2008).

L'integrazione accurata delle informazioni derivanti dai diversi strumenti diagnostici si rende necessaria anche per giungere ad una corretta diagnosi differenziale; in questo senso, un'attenzione particolare dovrà essere tenuta di fronte a pazienti con un Episodio Depressivo Maggiore in corso, e comunque per tutti i soggetti con un Disturbo dell'Umore o Unipolare, nel qual caso si renderà necessario valutare se gli aspetti di difficoltà di interazione interpersonale e il basso tono dell'umore si collochino esclusivamente nel contesto e siano interpretabili, quindi, come espressione del disturbo affettivo, anziché come tratti caratteriologici a parte.

Un ragionamento analogo dovrebbe essere svolto in presenza di pazienti con un Disturbo d'Ansia, Agorafobia, Fobia Sociale o Disturbo Ossessivo-Compulsivo; infatti, il disturbo cognitivo fondamentale, rappresentato dalla preoccupazione apprensiva eccessiva e focalizzata su qualche specifico di se stessi e di se stessi nelle relazioni sociali, nonché la preoccupazione pervasiva rispetto a ciò che potrebbero pensare gli altri può comportare, atteggiamenti e comportamenti di evitamento che hanno come scopo ed obiettivo la rassicurazione e la temporanea riduzione delle quote ansiose.

Inoltre, è da tenere presente la possibile co-occorrenza tra disturbi di personalità, in particolare il DEP è frequentemente associato al DDP, tanto che è stato ipotizzato un continuum dimensionale tra le due patologie (Cassano, Tundo, 2006).

3.5 Teorie eziopatogenetiche

Secondo Liotti (1994), il comportamento umano può essere spiegato partendo da un set di sistemi comportamentali che si attivano per soddisfare scopi primari ed interpersonali; di conseguenza, la personalità potrebbe essere considerata in termini della modalità che la persona utilizza per organizzare le motivazioni in un sistema coerente di significati e di strategie relazionali per adattarsi all'ambiente sociale. In funzione di queste considerazioni, sempre Liotti (1994) e altri come Gilbert (1992) ritengono che un Disturbo di Personalità scaturisca dal fallimento in uno dei tre aspetti seguenti: formare una rappresentazione di sé e degli altri stabile ed integrata, costruire relazioni interpersonali stabili e adattive e raggiungere un buon funzionamento sociale. Inoltre, si ritiene che elementi psicologici differenti, come possono esserlo le emozioni, le capacità metacognitive, gli stili di interazione interagiscano tra loro creando dei prototipi di personalità e originando organizzazioni stabili di funzionamento (Maffei, 2001).

In base a quanto evidenziato fin ora, Dimaggio e Semerari (2003) ipotizzano che ogni Disturbo di Personalità “sia caratterizzato da un set di stati mentali tipico, rigido al mutare dei contesti” e che i passaggi da uno stato all'altro seguano modalità identificabili, soprattutto attraverso le narrazioni che il soggetto fa degli eventi. Inoltre, gli Autori, ritengono, come già altri Autori precedentemente (Young, 1990; Horowitz, 1987), che la persona si relazioni con il mondo seguendo degli specifici copioni che ha appreso nel corso dello sviluppo, introiettando le modalità di interazione con le figure di riferimento, e che le permettono di fare previsioni e crearsi delle aspettative rispetto all'andamento delle relazioni interpersonali; tali cornici vengono definite “schemi interpersonali” e contengono al loro interno le descrizioni dell'immagine di sé, dell'immagine dell'altro e del tipo di relazione esistente tra i soggetti che la persona si è creata.

Importanti risultano essere le descrizioni dell'immagine del sé, definite anche “schemi del sé”, ossia le rappresentazioni che la persona ha costruito sulla propria identità e che variano al variare degli stati mentali che la persona stessa attraversa.

Nello specifico, relativamente al DEP, si ritrova un concetto di sé come “socialmente incompetente”, che rende il soggetto fortemente sensibile al giudizio, timoroso del rifiuto e molto autocritico; si preferisce, dunque, tenere a distanza le persone,

in quanto un giudizio negativo confermerebbe la loro difettosità ed il dolore scaturitone produrrebbe una sofferenza difficile da affrontare.

Come evidenziato in precedenza, il concetto di stato mentale è fondamentale nella patologia dei Disturbi di Personalità ed ogni singolo disturbo evidenzia uno specifico set di stati mentali problematici stabili e rigidi che il soggetto sperimenta in funzione del contesto interpersonale. Nel DEP si possono riconoscere 7 tipi di stati mentali vissuti dal soggetto, di cui i primi due sono temuti, i successivi tre sono di transizione e gli ultimi due sono desiderati:

- Lo “Stato di Estraneità”, stato temuto, è lo stato nel quale il soggetto è convinto che gli altri lo lasceranno solo a causa della sua diversità e ciò contribuisce a mantenere una bassa autostima in quanto conferma una rappresentazione inadeguata di sé.
- Lo “Stato di Esclusione”, stato temuto, è caratterizzato da cognizioni relative al timore di giudizio negativo e sensazioni di imbarazzo o vergogna che fanno aumentare l’uso della distanza interpersonale come strategia di evitamento per fronteggiare il disagio.
- Lo “Stato di Paura e Minaccia” è uno stato di transizione nel quale può precipitare lo stato precedente; si evidenzia per la presenza di emozioni di paura, minaccia e sensazione di perdita di controllo, in particolare quando il soggetto si trova ad affrontare una situazione nuova. Quando la persona si trova in tale stato comincia a credere che gli altri lo guardino con ostilità e minaccia, in tale stato il DEP condivide con il paranoide la scarsa fiducia negli altri e il pensiero egocentrico.
- Lo “Stato di Rifiuto” costituisce un altro stato nel quale si può transitare dopo lo stato di Esclusione ed è caratterizzato da sensazioni di rifiuto, umiliazione e giudizio negativo. In questo stato la disfunzione nella capacità di decentramento fa sì che il soggetto evitante vada ad interpretare i segnali comunicati degli altri in accordo con il proprio timore, vede, cioè, negli altri, intenzioni di derisione e rifiuto.
- Lo “Stato di Ingiustizia Subita” è caratterizzato da emozioni quali la rabbia, la costrizione e l’ingiustizia subita che il soggetto sperimenta all’interno degli esigui rapporti interpersonali che intrattiene, con i familiari, o con i pochi

amici; i rapporti diventano come una gabbia, in quanto limitano la libertà di espressione ed, in tal caso, l'emozione maggiormente sperimentata è la rabbia, che di solito non viene agita, ma è inespressa e gestita con l'evitamento.

- Lo “Stato di Rivalta Narcisistica” è uno stato desiderato e di solito si ritrova nelle fasi avanzate della terapia ed in esso si ritrovano sentimenti di indifferenza e di disprezzo verso gli altri, desiderio di stare al centro dell'attenzione, senso di superiorità. È da riscontrare il permanere, comunque, dei sentimenti di inadeguatezza, di non appartenenza e di distanza interpersonale. L'atteggiamento che gli evitanti potrebbero acquisire quando attraversano questo stato è di spavalderia, ciò non risolve i loro problemi, in quanto, molte volte, tale comportamento porta all'allontanamento degli altri.
- Lo “Stato di Gratificazione Solitaria” è lo stato nel quale gli evitanti sperimentano il piacere di portare avanti degli intenti personali, è uno stato desiderato che a breve termine evita la depressione; in realtà, a lungo andare, i pazienti si rendono conto che la loro vita sociale si mantiene povera, l'autostima si abbassa ed il rischio depressione ritorna.

Strettamente legati alle variazioni di stato mentale, risultano essere, nel modello Metacognitivo Interpersonale, le Disfunzioni Metarappresentative. In particolare, nei Disturbi di Personalità sono estremamente evidenti le difficoltà nel riconoscimento delle emozioni, nella comprensione degli stati mentali altrui, nella consapevolezza dell'inefficacia dei comportamenti stereotipati, nella coerenza delle narrazioni, nella capacità di evidenziare nessi causali tra i propri stati interni e il contesto interpersonale.

La disfunzione metacognitiva prevalente e caratterizzante il DEP è costituita dalla Disfunzione di Monitoraggio, consistente nella difficoltà di riconoscere e definire le componenti del proprio stato mentale; questa disfunzione rende opaca la propria mente al soggetto stesso, oltre che la mente degli altri. Inoltre, è manifesta la non capacità di cogliere il nesso causale tra gli stati interni ed il contesto interpersonale ostacolando la costruzione di una dimensione condivisa con gli altri.

Questo aspetto va di pari passo con la “difficoltà di Comprensione della Mente Altrui” che in questi soggetti si può presentare in forme fortemente deficitarie, tali che si rendono necessari comportamenti di richiesta pressante e di ricerca di rassicurazioni.

Ulteriori problematicità vengono evidenziate nella presenza della “Disfunzione di Integrazione”, infatti, gli stati mentali narrati mostrano di rimanere separati uno dall’altro senza che vengano integrati; si riscontra la difficoltà proprio a collegare in modo coerente ed unitario le componenti dello stato mentale con conseguenti rappresentazioni di sé e degli altri molteplici e contraddittorie generanti confusione e caoticità. Tale disfunzione è riscontrabile anche analizzando le narrazioni che risultano, nella maggior parte dei casi, di difficile comprensione, poco chiare e non comunicanti la sofferenza.

La persona con DEP presenta una propria prospettiva egocentrica, “Disfunzione di Decentramento”, dalla quale è incapace di prescindere e che è caratterizzata dall’incapacità di assumere la visione che l’altro ha di se stesso e del mondo; tutto ciò fa sì che il soggetto si trovi nell’impossibilità di riconoscere il carattere ipotetico e fallibile delle proprie rappresentazioni, di costruire ipotesi alternative e di immaginare che quanto l’altro pensa e sperimenta prescinda dalla relazione con il soggetto stesso. Di conseguenza, il soggetto diventa autocentrato e si concentra sempre più sul proprio disagio ignorando il reale contesto ambientale di cui rileva solo la sensazione di estraneità e il giudizio potenziale attribuito alla mente altrui. La soluzione ai problemi interpersonali non consiste mai nella valutazione di elementi che possano contribuire a correggere l’idea disfunzionale.

Nei contesti sociali si evidenzia anche la “Disfunzione di Rappresentazione degli Scopi”, questa disfunzione consiste nella difficoltà ad accedere ad una rappresentazione dei propri desideri, dei propri scopi e dei piani per raggiungerli (Carcione, Nicolò, Semerari, 1999). L’evitante tende ad aderire a quello che gli altri fanno, attuando una eteroregolazione degli scopi, per paura di essere escluso o rifiutato; infatti, l’adesione al gruppo è necessaria per non incorrere nell’emarginazione, anche se manca totalmente il senso di appartenenza e di condivisione.

Infine, la capacità di “Mastery”, cioè la capacità di operare sugli stati mentali per risolvere compiti o per padroneggiare gli stati problematici, risulta spesso deficitaria e consistente essenzialmente nell’evitamento.

Di fondamentale importanza, nel quadro di definizione del Disturbo di personalità, risulta essere il concetto di Ciclo Cognitivo Interpersonale, sviluppato da Safran e Segal (1992), secondo cui ogni persona costruisce nello sviluppo aspettative su come andranno le relazioni interpersonali che la guideranno nel rapporto e che indirizzeranno i comportamenti anche in maniera inconsapevole. Le previsioni sull’andamento delle

relazioni possono essere, però, disfunzionali, non funzionali al mantenimento sano della relazione, quando sono sviluppate a partire da relazioni primarie esse stesse problematiche.

In ogni Disturbo di Personalità possono essere individuati modelli relazionali, cicli interpersonali disfunzionali, che si autoperpetuano; rispetto al DEP si possono rilevare:

- Ciclo dell'Estraneità/Distacco: caratteristica di questo ciclo è che il soggetto evitante ha una rappresentazione di sé come estraneo alla relazione e con tale rappresentazione entra nel contatto interpersonale; nella relazione individua la propria diversità rispetto agli altri e si trova a disagio e in impaccio. In conseguenza, l'altro aspetta segnali di avvicinamento rimanendo distante e l'evitante va ad interpretare tale atteggiamento come confermando la sua estraneità di base nelle relazioni.
- Ciclo dell'Inadeguatezza/Rifiuto: l'evitante è portato a pensare che l'altro non potrà fare altro che rifiutarlo (Perris, 1993) e comincerà a leggere tutti i segnali sia quelli propri interni che quelli esterni provenienti dal contesto come conferma della propria inadeguatezza e tutto ciò andrà ad aumentare la sensazione di disagio e di impaccio. L'atteggiamento conseguente sarà quello di un individuo timoroso nella relazione che non sa come muoversi, tale comportamento verrà notato dagli altri che potrebbero essere portati a ritenerlo inadeguato; il percepire la possibilità di questa valutazione negativa induce un abbassamento di autostima e l'aumento del senso di inadeguatezza.
- Ciclo della Costrizione/Evitamento: quando un soggetto evitante si trova in relazione comincia a sentire che l'altro è interessato, ma percepisce l'interesse come uno sfruttamento e, in conseguenza, si sente costretto nella relazione. L'emozione che sente è la rabbia, ma non è in grado di capirne la derivazione e di gestirla e di esprimerla, ed il comportamento è imperniato dal desiderio di fuggire qualsiasi discussione con l'allontanamento. L'altro può reagire o aumentando le richieste e ciò contribuisce all'aumento della costrizione, o allontanandosi e generando così nuovamente il timore di essere rifiutato ed il desiderio di relazione.

In generale, il Modello Metacognitivo Interpersonale del DEP viene efficacemente descritto dalla seguente Figura 3.1., tratta da Dimaggio e Semerari (2003).

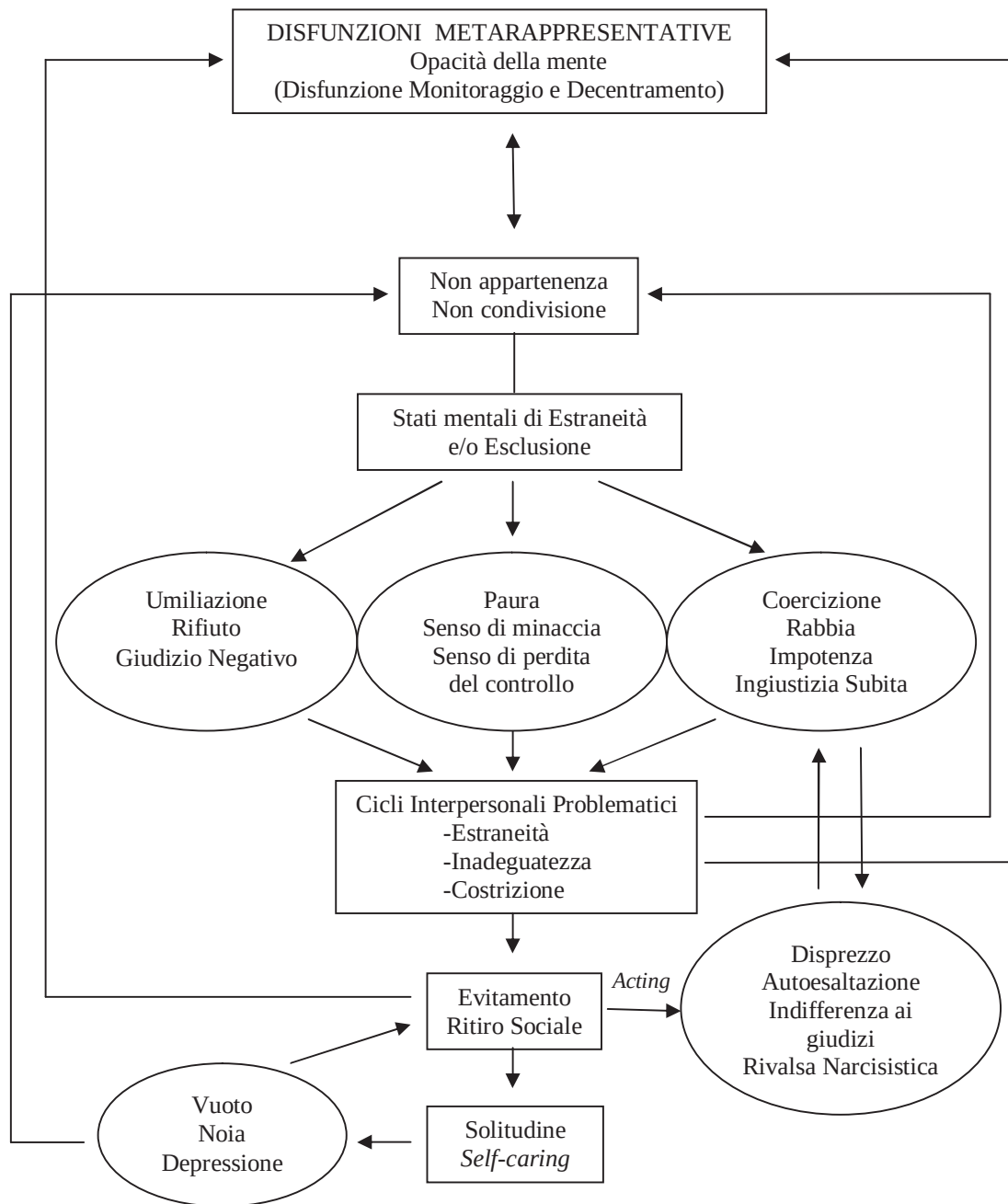


Fig. 3.1. Modello Generale DEP

3.6 Principi di trattamento farmacologico

Considerando la frequente associazione esistente tra DEP e Fobia Sociale, la maggior parte degli autori è portata a ritenere che la terapia farmacologica di questi due disturbi sia fondamentalmente sovrapponibile; nello specifico, nella terapia farmacologica della Fobia Sociale sono state usate con successo tre categorie di farmaci: gli IMAO (Daltito, Perugi, 1988), i beta-bloccanti e le benzodiazepine.

Gli inibitori delle Mono-Amino Ossidasi (IMAO), in particolare l'efficacia della fenelzina è stata ampiamente documentata risultando altrettanto efficace, e talora superiore, in talune misurazioni, alla terapia cognitivo-comportamentale (Blanco, Raza, Schneier et al., 2003). Tuttavia, i problemi di gestione e di cautela nella pratica clinica non consentono un utilizzo degli IMAO come prima scelta nel trattamento della fobia sociale; altri Autori ritengono che il DEP rappresenti una forma più severa e cronica di Fobia Sociale, e, di conseguenza, il miglioramento nella terapia con fenelzina di alcuni pazienti con DEP è stato attribuito all'azione di questo farmaco su alcuni elementi nucleari, quali l'ipersensibilità al rifiuto e la timidezza di fronte al nuovo.

Relativamente all'azione di questi principi attivi, è possibile ipotizzare che l'attività di questa molecola moduli i rapporti reciproci tra sistema dopaminergico e serotoninergico, che controllano rispettivamente i comportamenti di evitamento attivo in risposta agli stimoli frustranti e il grado di condizionamento di fronte ai segnali di punizione e di frustrazione.

Una tesi simile viene sostenuta anche da Cassano e Tundo (2006), i quali ritengono che la sensibilità al rifiuto possa essere contenuta anche con la prescrizione di antidepressivi inibitori della serotonina e con gli IMAO, nelle forme più severe e resistenti; lo stesso parere appare relativamente all'uso di tali farmaci per ridurre l'ansia sociale e l'ipersensibilità da parte di Liebowitz e altri (1986).

Rispetto ai beta-bloccanti è stato rilevato che in realtà la loro assunzione determina, attraverso l'azione sul sistema nervoso autonomo, una riduzione dei sintomi somatici dell'ansia quali tachicardia, tremore e sudorazione. Tale azione si manifesta a livello di alcuni sintomi somatici del disturbo d'ansia, ma non agisce sugli aspetti psicopatologici centrali del disturbo stesso, quali la sensibilità interpersonale e la sensibilità al giudizio;

quindi, i beta-bloccanti debbono considerarsi dei sintomatici e necessitano di una contestualizzazione terapeutica che li inserisca in un programma gestionale più ampio.

Le benzodiazepine (BDZ) vengono usate o come seconda scelta in caso di resistenza a un antidepressivo o associandole con un antidepressivo. In tale situazione, quando la benzodiazepina viene prescritta nelle fasi iniziali con l'antidepressivo, deve essere concordato con il paziente un progetto terapeutico relativo alla graduale sospensione della benzodiazepina, quando la terapia antidepressiva, oramai stabilizzata, abbia sortito un esito favorevole (Torta, Amodeo, 2009).

Tutte le benzodiazepine studiate hanno dimostrato un rapido esordio dell'efficacia terapeutica risultando particolarmente vantaggiose nel trattamento dell'ansia da performance; è, quindi, un farmaco che agisce sui sintomi al pari dei beta-bloccanti.

3.7 Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche

Come già descritto, tra i disturbi che vengono comunemente diagnosticati insieme con il DEP si ritrova, in particolare, la Fobia Sociale di Tipo Generalizzato; infatti, è stato evidenziato che i due disturbi condividono il senso di inadeguatezza, la bassa autostima, l'ipersensibilità al rifiuto e l'evitamento sociale, ma la caratteristica del non sentirsi in relazione, di sentire di non appartenere sembrerebbe non presente nella Fobia Sociale e, al contrario, caratterizzante il DEP.

Indubbiamente, i sintomi che è possibile rilevare nella Fobia Sociale, quali tremore, rossore, balbettamento, mancanza di respiro, sudorazione, sensazione di sentirsi socialmente inadeguato, nonché il malfunzionamento metacognitivo, sono chiaramente riscontrabili, a livelli diversi, nel DEP.

Rispetto al trattamento di tali sintomi, in un'ottica cognitivo-comportamentale, Marsigli et al. (2011) suggeriscono interventi di tipo comportamentale rivolti allo sviluppo di abilità sociali e alla riduzione dell'attuazione di comportamenti protettivi, oltre che, in una fase successiva, all'attuazione di esposizioni in vivo.

L'intervento sulle abilità sociali può essere condotto, a seconda del caso, affrontando solo alcuni aspetti, come la gestione delle critiche o la capacità di autopresentarsi, o attraverso l'applicazione di un training per le abilità sociali completo che si indirizzi allo sviluppo della consapevolezza dell'ambiente sociale, per esempio capire dove e perché

inizia o finisce un'interazione sociale, al miglioramento delle abilità di interazione, come acquisire capacità verbali e non che permettano di portare avanti adeguatamente un'interazione sociale, e allo sviluppo di capacità di presentazione, il parlare in pubblico (Beidel, 2011).

Rispetto ai comportamenti protettivi, cioè tutti quei comportamenti messi in atto dal paziente per evitare l'insorgere dei sintomi, gli interventi si basano essenzialmente su role-playing, uso di registrazioni audio e video ed esercitazioni a casa; la procedura consiste in un role-playing, attuato in seduta con il terapeuta, durante il quale si attua uno dei comportamenti protettivi e poi si cerca di modificarlo per vederne gli effetti. Molto utile è registrare tali situazioni per poter dare un feedback dell'accaduto al paziente; l'intervento prosegue con l'attuazione di esercizi simili a casa.

Da ultimo, si può procedere con le vere e proprie esposizioni comportamentali, durante le quali il paziente sperimenta, in situazioni specifiche attivanti, quanto appreso in terapia; le situazioni vengono scelte in base ad una gerarchia di situazioni difficili da affrontare per il paziente, dalla meno ansiogena alla più ansiogena, e si definiscono, di comune accordo, le modalità delle esposizioni.

Tali tecniche possono essere messe in atto, nel contesto del DEP, solo in una fase avanzata della terapia, in quanto risulta primariamente necessario che il paziente giunga prima ad una maggiore comprensione del proprio funzionamento, a livello degli schemi interpersonali attivi e a livello del malfunzionamento metacognitivo; tutto ciò può essere attuato a patto che il terapeuta abbia sempre ben chiaro il ruolo essenziale svolto dalla relazione terapeutica basata sull'attivazione del sistema cooperativo tra le parti.

Dunque, è da considerarsi intento principale del trattamento stesso l'interruzione dei circoli viziosi che si automantengono e che sono costituiti dagli stati mentali, dai cicli interpersonali disfunzionali, dalle disfunzioni metarappresentative e dalle scarse abilità sociali.

Secondo Dimaggio e Semerari (2003), il processo decisionale che struttura l'intervento si deve fondare su alcuni principi specifici che vengono sostenuti e portati avanti da particolari tecniche terapeutiche:

- Superare i cicli interpersonali problematici: nel trattamento dei Disturbi di Personalità i cicli interpersonali problematici si attivano, molto frequentemente e con forte intensità, tra paziente e terapeuta e vanno ad influenzare la relazione e l'andamento della terapia; infatti, i pazienti entrano in relazione con atteggiamenti negativi che, a causa delle disfunzioni metarappresentative, non sono in grado di evidenziare, non solo, tali disfunzioni impediscono anche la comprensione delle intenzioni del terapeuta. Queste situazioni possono portare il terapeuta ad agire in modo antiterapeutico, ad entrare nel ciclo e, dunque, a rafforzare la patologia.

Quando il terapeuta si trova coinvolto in un ciclo problematico, per riuscire a padroneggiarlo e ad uscirne, sono necessarie quelle che Safran e Segal (1992) hanno definito “operazioni di disciplina interiore”. Tali operazioni del terapeuta consistono nell'identificare il proprio stato mentale problematico e nell'evidenziarne le comunanze con lo stato del paziente; questo permette al terapeuta di capire non solo lo stato del paziente, ma anche il proprio ruolo nella determinazione dello stato stesso e, di conseguenza, di porsi in una prospettiva empatica tale da permettere di avere successo nella metacomunicazione terapeutica (Dimaggio, Semerari, 2003).

Relativamente al DEP, lo stato mentale del terapeuta può dirigersi verso l'indifferenza e l'inaridimento emotivo, dovuti alla tendenza del paziente a riportare narrazioni prive di riferimenti a stati emotivi e mancanti di formulazioni comprensibili dei problemi che si dovrebbero affrontare.

Esistono indicatori interni che possono permettere al terapeuta di capire che sta entrando in un ciclo disfunzionale del tipo distacco/estraneità, ad esempio il senso di noia, la sensazione di distanza e di estraneità, la sensazione di imbarazzo, la sensazione di opacità nella lettura della mente del paziente; oltre ciò, si possono rilevare anche indicatori espressivi del paziente che potrebbero condurre in tale direzione, come il rossore, lo sguardo basso, i muscoli tesi.

Le operazioni di disciplina interiore risultano prioritarie a qualsiasi altro tipo di intervento quando sia evidente che si è entrati in un ciclo disfunzionale, in quanto permettono la regolazione dell'alleanza terapeutica, aspetto fondamentale.

- Individuare gli stati problematici: molto importante è che il terapeuta riesca ad individuare quali sono gli stati problematici con cui il paziente entra in relazione e che, tali stati, vengano mostrati al paziente per evidenziare quale siano quelli presenti con maggior frequenza e quelli maggiormente dominanti; nel DEP gli stati mentali tra cui è opportuno discriminare sono lo stato di estraneità, lo stato di esclusione, lo stato di paura/minaccia, lo stato di rifiuto, lo stato di ingiustizia subita, lo stato di rivalsa narcisistica e lo stato di gratificazione solitaria.

Necessariamente, per comprendere lo stato mentale, si deve procedere cercando di rilevare il legame tra emozioni e temi di pensiero e ciò viene fatto attraverso l'utilizzo delle "narrazioni prototipiche" (Dimaggio, Semerari, 2003). Il colloquio con il paziente è costituito in massima parte da racconti che egli fa descrivendo la sua vita interiore, le sue relazioni e la sua personale modalità di dare significato agli eventi; è importante usare questo aspetto per aiutare il paziente ad identificare alcune narrazioni prototipiche che aiutino ad individuare il suo funzionamento interpersonale (Dimaggio, Semerari, 2001). Per fare questo in modo proficuo si cerca di "elicitarle narrazioni autobiografiche dettagliate" chiedendo al paziente di riferire specifici esempi che contengano la descrizione, più precisa possibile, relativa al quando si è verificata la situazione, al dove, quindi il luogo specifico, al chi fosse presente e al tema del dialogo avvenuto tra gli astanti, oltre che al dialogo stesso. Inoltre, il paziente deve riportare chiaramente il motivo per cui ha deciso di narrare quella specifica storia (Dimaggio, Lysaker, 2011). In tale fase il terapeuta si pone come fine la comprensione dei pensieri e delle emozioni che il paziente ha sperimentato durante l'episodio per poter arrivare ad identificare lo stato mentale con cui è entrato in relazione nell'episodio e, di conseguenza, nella seduta stessa.

Una volta giunti ad ottenere una narrazione dettagliata, il terapeuta può procedere con l'"identificare i nessi psicologici tra gli eventi, i pensieri, le emozioni e le azioni", cosa che molto spesso i pazienti con Disturbo di Personalità hanno grandi difficoltà a fare; risulta importante, quindi, che il terapeuta possa offrire delle ipotesi su che cosa ha scatenato un'emozione o un comportamento e se c'è stato un pensiero che vi può essere connesso. Tutti

questi aspetti possono essere analizzati attraverso una “riformulazione” che il terapeuta fa di quanto narrato dal paziente basandosi sugli aspetti fondamentali e sui possibili nessi causali, ma condividendo sempre con il paziente tutti i passaggi per rendere evidenti gli stati mentali.

I pazienti con Disturbi di Personalità, inoltre, tendono ad avere difficoltà nel riconoscere che i problemi sono per lo più causati dai loro pensieri e comportamenti, piuttosto che dall'esterno e dalle azioni degli altri. Dunque, diventa essenziale che riescano a far propria l'idea che i problemi sono nella loro mente e per poter rendere evidente ciò è necessario che il terapeuta elici il ricordo di episodi che sono simili o psicologicamente associati con l'episodio primario raccontato in seduta (“memorie autobiografiche associate”), affinché si riescano ad individuare ed evidenziare gli elementi ricorrenti in ogni episodio.

In tal modo, nel momento in cui il paziente rievoca un nuovo episodio, egli stesso ha già formulato implicitamente il nesso associativo e sarà possibile procedere con uno degli step successivi della terapia andando a rilevare gli schemi interpersonali (Dimaggio, Lysaker, 2011).

In particolare, nel DEP è indispensabile che il paziente riesca a comprendere l'associazione tra i suoi stati emotivi e le variazioni del contesto. Infatti, l'impossibilità di porre in relazione ciò che prova con ciò che l'altro comunica, pone il paziente in svantaggio nel padroneggiare lo stato mentale di ansia ed impaccio nel quale si trova immerso nelle situazioni sociali. Ciò che accade è che, al cambiamento del contesto, le emozioni giungono inaspettate e vanno ad alimentare la sensazione di perdita di controllo senza che i pazienti si rendano conto di cosa abbia generato la paura.

È necessario, quindi, aiutare il paziente a riconoscere che ogni emozione deriva da altri elementi dello scenario interiore o sociale, in quanto ciò gli permetterà di attribuire senso alle emozioni stesse e, di conseguenza, di evidenziare e poi gestire i cicli disfunzionali.

- Interventi di regolazione della relazione terapeutica: gli interventi miranti a regolare la relazione terapeutica sono di fondamentale importanza nella terapia dei Disturbi di Personalità, in quanto permettono di mantenere costante

l'alleanza terapeutica, aspetto che consente di spiegare una significativa parte dell'esito della terapia stessa. Tra le caratteristiche ritenute particolarmente efficaci nel trattamento di tali disturbi ritroviamo l'empatia e l'atteggiamento accogliente, cioè la capacità del terapeuta di capire la prospettiva del paziente e di mantenere una disposizione positiva e non giudicante.

Conti et al. (2001) hanno evidenziato che i pazienti con Disturbo di Personalità, che presentano forti problematiche nella gestione delle emozioni, possono trovare grandi benefici dall'uso, da parte del terapeuta, di tecniche quali la validazione, lo svelamento e la condivisione e questo in tutte le fasi della terapia e su qualsiasi aspetto si stia intervenendo, ovviamente ponderando sempre qualitativamente l'intervento più adatto alla circostanza.

- Validazione: "l'aspetto essenziale di un intervento di validazione consiste nel comunicare al paziente che le sue reazioni hanno un senso e che possono essere comprese se si tiene conto della sua condizione attuale, dei fattori ambientali e delle situazioni che occorrono" (Linehan, 1993).

Essenzialmente, essa consiste nel dare valore all'esperienza soggettiva del paziente e si rivela molto utile nei momenti in cui il paziente stesso si trova in uno stato mentale in cui giudica negativamente la propria esperienza considerandola indegna o inaccettabile dagli altri e, di conseguenza, non è in grado di comprendere il proprio stato mentale e di poter lavorare su di esso in maniera costruttiva; non solo, essa può essere proficuamente usata quando, invece, il paziente vive in modo sintonico comportamenti disfunzionali (Dimaggio, Semerari, 2003).

Un tale tipo di intervento cerca di trovare un equilibrio tra accettazione e cambiamento, tentando di mettere in evidenza sia gli aspetti positivi che gli aspetti disfunzionali; in tal modo la metarappresentazione migliora e le problematiche possono essere discusse in un clima maggiormente incoraggiante.

- Svelamento: in tale tecnica è il terapeuta che si svela attraverso dichiarazioni chiare su ciò che sta provando e pensando in un dato

momento. Questa tecnica è utile soprattutto con coloro che mostrano difficoltà di decentramento in quanto migliora le funzioni metarappresentative, infatti, i pazienti che presentano tale disfunzione hanno molte difficoltà nel porsi dal punto di vista degli altri e, di conseguenza, quando hanno di fronte una mente per loro opaca, per poterla interpretare non hanno altro mezzo che attribuirle gli stessi pensieri ed aspettative presenti nella propria mente.

È da evidenziare come tale procedura sia volta a regolare la relazione terapeutica e come mezzo di intervento nei casi di una possibile rottura dell'alleanza terapeutica (Safran, Muran, 2000).

- **Condivisione:** questa tecnica contiene al suo interno elementi delle due descritte in precedenza, validazione e svelamento. Si caratterizza con affermazioni in cui il terapeuta mette in risalto che alcuni aspetti dell'esperienza del paziente sono condivisi dal terapeuta stesso, quindi, contemporaneamente viene validata l'esperienza del paziente attraverso l'accettazione e il riconoscimento della dimensione condivisa e si ha svelamento degli stati mentali.

Ad un livello più tecnicamente specifico la condivisione si può esprimere con: l'uso del noi universale, per mezzo del quale si rende evidente come l'esperienza possa essere probabilmente condivisibile da tutta l'umanità; il riferimento a stati mentali del terapeuta, simile allo svelamento, ma ponendo attenzione agli aspetti condivisi e soffermandosi sulle possibili strategie di padroneggiamento; la discussione su argomenti condivisi in cui si parte da un argomento quotidiano che suscita l'interesse di entrambi e si porta il paziente a considerare punti di vista diversi dal proprio per favorire il decentramento; le narrazioni di episodi di vita del terapeuta (self disclosure) che contengono esperienze comuni e generali e che possono avere effetto positivo quando il paziente le percepisce come normalizzazione.

- Intervenire sulle funzioni metarappresentative: il primo passo per poter intervenire su tali funzioni risulta essere la “spiegazione della disfunzione”, specifica a seconda della specifica disfunzione presentata dal paziente. In relazione al DEP, quindi, l’intervento sarà indirizzato in modo particolare al miglioramento della disfunzione di monitoraggio e della disfunzione di decentramento.

Relativamente al malfunzionamento nella capacità di monitoraggio, gli interventi saranno orientati all’incremento della capacità di rappresentarsi il proprio stato mentale e a riconoscerne la relazione con i contesti interpersonali, fattori che ampliano la sensazione di distacco ed estraneità nelle relazioni.

Considerato che tale aspetto è fortemente pervasivo e si manifesterà subito anche nella relazione terapeutica, sarà molto difficile per il terapeuta poter utilizzare le tecniche di condivisione per poter intervenire sull’opacità della mente del paziente; di conseguenza, si dovrà procedere dapprima col sollecitare le capacità di identificazione e col modulare la sensazione di distacco che si ritrova anche in seduta, per poi, solo successivamente, intervenire per incrementare le capacità di collegare gli stati mentali alle variabili situazionali e relazionali. In tale fase l’aspetto essenziale sarà costituito dalla comprensione, da parte del paziente, che il comportamento di evitamento rappresenta una strategia di padroneggiamento dell’esperienza di disagio dovuta al contatto con gli altri; se il paziente non giunge a tale comprensione non si potrà procedere nel tentativo di promuovere strategie più funzionali.

Nello specifico, si potrà partire cercando di migliorare le narrazioni del paziente, rendendole più vivaci, al fine di stimolare l’autoriflessività per poter giungere ad avere un quadro contenente elementi psicologici, pensieri ed emozioni, in modo da comprendere non solo i contenuti, ma anche cosa ha sentito o sente il paziente nel narrare. Per un paziente evitante è molto difficile giungere a questo stadio, ma una volta raggiunto si potrà procedere con l’analizzare il significato, per il paziente, di un evento a seconda dello specifico stato mentale e giungere, quindi all’associazione tra stato mentale e situazione ambientale, ad esempio utilizzando la narrazione di memorie autobiografiche associate. In tal modo, potranno rendersi evidenti modalità tipiche di

funzionamento costante in contesti simili che porteranno alla ricostruzione dello schema interpersonale, passo fondamentale prima di poter indirizzare l'intervento sul secondo aspetto metacognitivo, rappresentato dalla disfunzione di decentramento (Procacci et al.,2011). Infatti, al paziente evitante non risulta opaca solo la sua mente, ma anche quella degli altri le cui intenzioni risultano oscure e, anche a causa dei cicli interpersonali che si attivano, nella maggior parte dei casi, giudicanti.

L'evitante, quando si trova nelle situazioni che gli causano maggiore disagio, tende a focalizzarsi su se stesso, si autocentra e la forte attivazione emozionale lo rende confuso; la concentrazione sul proprio disagio fa sì che cominci ad ignorare l'ambiente circostante non riuscendo, in tale modo, a riconoscere quegli elementi ambientali che potrebbero correggere la sua visione centrata esclusivamente sul senso di esclusione e potenziale giudizio da parte degli altri.

Si potrà intervenire su questo aspetto, una volta migliorato il malfunzionamento del monitoraggio, utilizzando, in seduta, la condivisione dell'esperienza tra paziente e terapeuta, affinché si riduca il rischio che anche il terapeuta venga percepito come critico e giudicante. Inoltre, si potrà utilizzare la tecnica del "disegno dello spazio mentale": si chiede al paziente di disegnare un cerchio che identifichi lo spazio mentale dell'altra persona e lo si invita a verificare lo spazio in cui l'altro lo tiene in considerazione, tendenzialmente il paziente si accorgerà che l'altro tiene in poca considerazione la sua persona e tanto meno per giudicarlo.

La capacità di riconoscere e discriminare i contenuti mentali propri e altrui permette di individuare le esperienze, le credenze e le attitudini che si hanno in comune agli altri; tali disfunzioni ostacolano, quindi, la dimensione condivisa e tali soggetti vivono condizionati dalla percezione di non appartenenza e non condivisione.

Su questo aspetto sarà necessario intervenire, soprattutto aiutando il paziente a riconoscerlo, ad individuarlo, a rendersi conto che tale sensazione è già presente prima che egli entri in contatto con qualcuno, che è una sensazione che porta sempre con sé e che condiziona fortemente gli eventuali contatti;

inoltre, è importante aiutarlo ad evidenziare come è fatto tale senso di non appartenenza, da quali emozioni è costituito.

Rispetto alla disfunzione nella rappresentazione degli scopi, che si presenta quando il soggetto si trova in contesti relazionali, l'intervento sarà indirizzato in modo particolare alla spiegazione.

Tale illustrazione può essere condotta utilizzando il supporto grafico dello Schema di Regolazione delle Scelte (Fig. 3.2.) di Carcione e altri (1999).

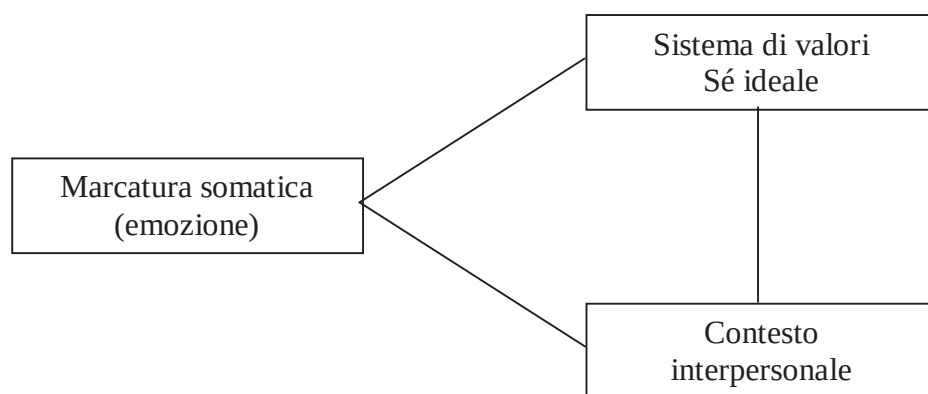


Fig.3.2. Schema Regolazione delle Scelte

Una regolazione equilibrata delle scelte prevede che le emozioni, i valori e il contesto interpersonale si influenzino a vicenda in modo da regolare le incompatibilità.

La marcatura somatica, cioè le indicazioni che vengono date al soggetto dalle emozioni che prova, svolge due funzioni importanti in tale regolazione: determina il campo della scelta permettendo di selezionare tra un set di opzioni indirizzando l'attenzione solo su scenari rilevanti a livello emotivo; poi, consente di riempire il gap tra rappresentazione e azione. Seguendo tali indicazioni, è evidente come il malfunzionamento nella rappresentazione degli scopi porti alla mancanza di una cornice somaticamente marcata e, di conseguenza, a limitatezza emotiva e scarsa volontà di azione; importante è, quindi, agire prima sulla disfunzione di monitoraggio.

- Identificazione degli schemi interiorizzati: quando il paziente sia arrivato a narrare episodi narrativi correttamente costruiti, ad individuare memorie associate e ne abbia compreso la ripetitività degli elementi strutturali, il terapeuta può tentare di formulare delle ipotesi sulla natura degli schemi interni.

Lo schema interpersonale, cioè il modo in cui i pazienti prevedono l'andamento delle relazioni e il modo in cui selezionano gli aspetti salienti dei rapporti a cui prestare attenzione, influenza il modo in cui intenzionano gli altri e ne condizionano le risposte. Per poterlo individuare chiaramente è necessario (Dimaggio, Lisaker, 2011):

- a) Identificare il desiderio (wish) o la motivazione, lo scopo, la meta o il bisogno che muove l'azione;
- b) Comprendere la procedura di tipo "se... allora..." che viene utilizzata per soddisfare il desiderio;
- c) Identificare la risposta dell'altro e il modo in cui l'altro è stabilmente rappresentato;
- d) Identificare la risposta del sé alla risposta dell'altro.

Il terapeuta mette a fuoco gli aspetti psicologici più significativi, riassume un numero di episodi ed evidenzia come la struttura della storia sia stabile nel tempo e nello spazio e come i sentimenti e le reazioni siano innescate da eventi simili. Si va, quindi, a mostrare come al centro delle narrazioni del paziente ci sia un modo costante di dare significato agli eventi e come tale modo, disfunzionale, possa essere considerato un obiettivo del trattamento. I pazienti, in questo caso, possono iniziare ad apprendere che hanno bisogno di cambiare qualcosa in loro stessi piuttosto che negli altri e, quindi, procedere con la differenziazione; inoltre, sarà possibile passare ad analizzare i diversi cicli interpersonali che si originano in funzione dello schema interpersonale e delinearne gli aspetti disfunzionali.

Una volta che si sia giunti ad un'accurata e dettagliata ricostruzione degli schemi interpersonali si potrà procedere alla seconda fase del terapia relativa alla promozione del cambiamento.

- Distinguere la fantasia dalla realtà - differenziare quando le emozioni negative sono causate da rappresentazioni di sé negative: tale fase è molto importante, infatti, quando i pazienti riescono a riconoscere ripetizioni nel loro comportamento e le strutture che le caratterizzano, sono pronti a discernere che la sofferenza non è tanto causata dagli eventi reali, ma dall'impatto che essi hanno su strutture interne di attribuzione di significato, a capire che stanno soffrendo perché sono guidati da strutture interiorizzate, da interpretazioni degli eventi che provocano sintomi e problemi relazionali.

A questo punto il terapeuta può andare avanti perseguendo obiettivi fondamentali nel DEP: riconoscere gli stati mentali problematici e padroneggiarli, riconoscere i cicli interpersonali problematici.

- Relativamente agli stati mentali, l'intervento dovrà essere indirizzato a portare il paziente a riconoscerli e a comprendere la sua difficoltà nell'entrare in contatto interpersonale a causa di essi. Tale scopo può essere raggiunto promuovendo interventi indirizzati al miglioramento del monitoraggio, che favoriranno anche la condivisione in seduta.

Una volta che ci sia stato un miglioramento nelle capacità di monitoraggio, si potrà intervenire evidenziando come tali stati sono spesso alimentati da immagini anticipatorie di giudizio negativo ricevuto e sollecitandole portando il paziente ad immaginare uno scenario temuto e visualizzarne un'evoluzione catastrofica e le emozioni coesistenti, così da favorire lo sviluppo di nessi causali che li hanno prodotti.

Una volta raggiunto tale obiettivo, il paziente sarà in grado di riconoscere ogni stato in base alla marcatura somatica e, di conseguenza, di evidenziare il passaggio da uno stato all'altro; ciò permetterà un miglioramento nella loro gestione.

Molta importanza avrà anche, per il padroneggiamento, lo sviluppo di strategie di mastery più avanzate, quali l'utilizzo dell'autoesortazione o dell'autoimposizione al posto dell'evitamento, negli stati dolorosi, oppure la comunicazione delle emozioni negative agli altri, per gli stati di rabbia; ovviamente, quest'ultimo intervento può essere

condotto solo quando sia migliorato il monitoraggio ed il decentramento.

- I cicli interpersonali presenti nell'evitante sono: ciclo dell'estraneità/diversità, ciclo della costrizione/evitamento e ciclo dell'inadeguatezza/rifiuto; essi si presentano anche in seduta ed il terapeuta può uscirne attraverso operazioni di disciplina interiore, interventi sul monitoraggio, interventi di condivisione.

Durante la terapia sarà importante andare ad individuare, attraverso l'accurata raccolta degli episodi narrativi, i cicli interpersonali che si ritrovano maggiormente attivati nel paziente nei suoi contatti interpersonali; questo permetterà di ricostruirli e di evidenziarli al paziente, supportandoli con gli episodi stessi raccontati. La spiegazione del ciclo è molto importante in quanto permette una prima consapevolezza del funzionamento e di ciò che accade nelle relazioni. Successivamente tutti gli episodi narrati potranno essere corredati dall'attenzione al ciclo che si è attivato per aumentarne la consapevolezza, mostrarne la pervasività ed evidenziarne la disfunzionalità nei diversi contesti di vita, in modo che il paziente ne diventi pienamente consapevole e cominci a riconoscerne l'attivazione autonomamente nei contesti sociali diretti.

- Accesso alle parti sane del sé - esperienza di comportamenti nuovi: è molto importante dare ai pazienti, in questa fase della terapia, strumenti più sani e adattivi per guardare se stessi e il mondo con lo scopo di accrescere il repertorio del paziente attraverso l'accesso a nuovi schemi adattivi in precedenza oscurati dai temi dominanti. Questo aspetto può, ad esempio, essere affrontato anche in seduta facendo accedere il paziente a stati mentali positivi e facendolo soffermare su di essi più tempo possibile, in modo che la mente si alleni a staccarsi da esperienze negative.

Inoltre, si potrebbero utilizzare le tecniche cognitivo-comportamentali sopra menzionate, far sperimentare al paziente, tra una seduta e l'altra, nuovi comportamenti, spiegando, comunque, che per ottenere risultati dovrà essere

forte e tendere verso il raggiungimento degli obiettivi anche se incontrasse ostacoli nel mondo esterno o si presentassero cambiamenti nel tono dell'umore o della motivazione.

Quindi, l'accesso alle parti adattive del sé avviene in un contesto di "esperimento guidato"; si chiede al paziente di impegnarsi in comportamenti partendo da quelli percepiti come più semplici e in grado di elicitare stati meno negativi. Dato che, a questo punto, il paziente sta sperimentando qualcosa di nuovo che spesso lo spaventa, questi esperimenti devono essere condotti con molta attenzione, quindi, solo quando il paziente è d'accordo nel modo più esplicito possibile sugli scopi dell'intervento si potrà concordare quali sono le azioni più semplici da intraprendere, ribadendo che l'importante non è il riuscire, ma il provarci evidenziando le emozioni e i pensieri collegati all'azione.

Quanto appena descritto avrà anche un ulteriore effetto, in quanto potrà portare il paziente a sperimentare stati positivi, di maggiore autoefficacia e senso di agency, oltre che far sviluppare l'idea di riprendere il controllo sulla propria vita.

È in questa fase che si può maggiormente intervenire, per il DEP, sulle strategie di mastery, promuovendone di nuove rispetto all'evitamento di solito utilizzato ed è possibile fare questo anche contemporaneamente ad un intervento sulle abilità sociali. Importante è avere presente che tali interventi sulle abilità sociali devono essere condotti solo in questa fase, o quanto meno in una fase molto avanzata della terapia; infatti, per poter procedere in tal senso è necessario che sia stato individuato correttamente il problema che inibisce o blocca l'abilità sociale, sia esso al livello metacognitivo o relativo allo stato mentale o al ciclo interpersonale, una volta che il terapeuta ha chiaro questo può procedere nel rendere consapevole il paziente che è giunto il momento in cui è possibile iniziare un esperimento sociale, pur sapendo che molto probabilmente si incontreranno delle difficoltà. In tal caso si può raccogliere una lista di situazioni sociali in cui il paziente si viene a trovare e graduarle in ordine crescente di sofferenza provocata; cominciando dalla meno dolorosa il paziente dovrà cominciare ad affrontarle e a raccontare in un diario l'esperienza, come è andata

e cosa ha provato. Infine, insieme al terapeuta, si verificano i risultati ottenuti e si discute sulle criticità trovate a livello personale e relazionale.

Tali tecniche vertono sull'acquisizione di specifiche abilità, come il coping delle emozioni negative, lo sviluppo di esperienze di socializzazione e di abilità nel comunicare; inoltre, oltre a permettere l'apprendimento di nuove modalità per stare in relazione, permettono anche al paziente di sperimentarsi, di evidenziare anche eventuali capacità che non sapevano di possedere e, quindi, di vedersi in una luce nuova, più positiva, che va mostrata e sostenuta per indirizzare su uno stato mentale positivo.

3.8 Prevenzione della ricaduta

La fase della prevenzione delle ricadute risulta tra quelle più importanti prima della chiusura del trattamento ed è necessario, quindi, dedicarle una certa attenzione; in essa, infatti, si dovrà rendere chiaro al paziente che gli obiettivi stabiliti sono stati raggiunti positivamente e che si stanno mantenendo ad un livello adeguato, ma, nello stesso tempo, che ci potrebbero essere delle ricadute nei vecchi stili relazionali soprattutto in momenti di stress o eventi particolari di vita, specialmente trattandosi di Disturbi di Personalità che tendono ad essere stabili nel tempo. Ad esempio, la fine del trattamento potrebbe risultare traumatica per pazienti con DEP, che potrebbero veder riattivarsi lo schema disfunzionale nelle situazioni sociali e sentirsi soli ad affrontare la situazione.

Seguendo tali considerazioni, potrebbe rivelarsi opportuno programmare sedute ad intervalli di tempo sempre più lunghi (Freeman, 2004); tali sedute, definite booster sessions, possono dare l'opportunità al paziente di verificare la possibilità che i sintomi e le modalità disfunzionali dei propri schemi cognitivi possano ripresentarsi ed, in più, possono permettere il riemergere di situazioni e questioni attivate durante la terapia che potranno essere affrontate nuovamente.

Un importante obiettivo di questa fase è quello di evidenziare le possibili difficoltà che potranno esserci nel periodo seguente alla conclusione in modo da incoraggiare e guidare il paziente alla creazione di un progetto per affrontare le situazioni problematiche. I pazienti possono trovare utile, per esempio, compilare dei paragrafi che possono servire da vademecum per affrontare le difficoltà e progettare comportamenti adeguati chiedendosi cosa potrebbero fare se dovessero cominciare ad evitare di nuovo, oppure cosa potrebbero

fare se si accorgessero di stare ricadendo nei vecchi schemi disfunzionali, oppure come dovrebbero comportarsi se dovessero avere una ricaduta (Beck, Freeman, 1990).

Per validare il cambiamento raggiunto, affinché possa mantenersi nel tempo, si potrebbe considerare la possibilità di permettere al paziente un confronto tra le immagini precedenti di sé e quelle costruite in terapia per poter giungere ad una visione integrata che tenga conto delle proprie difficoltà, dei limiti e delle debolezze ma anche degli elementi nuovi e sani emersi nella fase finale (Dimaggio et al., 2011); il paziente, in tal modo, viene sostenuto nell'individuare la rappresentazione di sé positiva che va a bilanciare il costante senso di inadeguatezza che inibisce il perseguire i propri desideri e scopi.

In tale fase, inoltre, i pazienti potrebbero cominciare ad esercitarsi in attività atte a continuare i progressi fatti in terapia, come, per esempio, rilevare tutte le situazioni che hanno evitato, stabilire nuove amicizie, approfondire le relazioni esistenti, agire in modo appropriatamente assertivo, provare nuove esperienze.

La Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio, Semerari, 200) non prevede, allo stato attuale, uno specifico programma di prevenzione delle ricadute per i Disturbi di Personalità, ma i principi teorici stessi che la sostengono mostrano come sicuramente sia particolarmente importante che, in questa fase, il paziente riesca a mantenere e consolidare i risultati raggiunti, rifacendosi, quindi, in tal senso più ad aspetti di “maintaining progress”

3.9 Efficacia della terapia

Esistono in letteratura solo pochi studi sistematici sul trattamento del DEP, mentre alcune caratteristiche generali riguardanti ad esempio le particolarità della relazione terapeutica col paziente con personalità evitante sono state oggetto di diverse ricerche.

La mancanza di studi controllati, il frequente ricorso a case report per giustificare nuove opzioni terapeutiche sono, però, solo degli evidenti segnali della difficoltà di pianificare dei modelli di ricerca accettabili per testare adeguatamente il trattamento del DEP (Fonagy e Roth, 2004).

Tale complicazione è riconducibile all'elevata comorbidità della patologia sia per i disturbi di asse I, con particolare riferimento ai disturbi d'ansia e ai disturbi dell'umore, sia per i disturbi in asse II, infatti, è infrequente trovare un paziente con diagnosi di DEP

senza la presenza di un altro disturbo di personalità. Di conseguenza, una valutazione oggettiva di uno specifico trattamento risulta particolarmente complessa, a meno che non si selezionino campioni abbastanza omogenei sia per comorbidità che per gravità del disturbo co-interveniente (Livesley 2008).

Alcune ricerche in questo senso sono state condotte, ad esempio Tyrer e altri (1993) hanno osservato l'influenza dei disturbi di personalità su 181 pazienti con disturbo d'ansia generalizzato, disturbo di panico o distimia. I pazienti venivano assegnati in maniera random al trattamento farmacologico, alla terapia cognitivo-comportamentale o al programma di auto-aiuto. I risultati hanno mostrato che in generale i pazienti con disturbi di personalità avevano esiti più carenti.

Altre ricerche hanno invece provato come l'approccio cognitivo-comportamentale sia molto utile per limitare l'ansia presente, incrementare l'autostima e cambiare gli schemi interpersonali disadattivi che funzionano nel mantenimento del disturbo (Livesley 2008).

Infine, Livesley (2003) ritiene che nessun orientamento possa affrontare totalmente tutte le problematiche presenti in un disturbo di personalità così complesso, ma che la scelta del tipo di intervento vari a seconda delle caratteristiche di ogni singolo soggetto.

Comunque, il DEP sembra rispondere abbastanza bene alla terapia cognitivo-comportamentale a medio-lungo termine (da uno a due anni) come anche a interventi di social skills training.

Risorsa importante, in questo senso, sono i gruppi, sia terapeutici di tipo cognitivo-comportamentale, sia quelli di discussione che quelli di supporto al problema (Heimberg, Barlow, 1990). Le modalità terapeutiche utilizzate sono spesso associate a strategie comportamentali e di social skills training per incoraggiare l'esposizione della persona alle situazioni temute ed incrementare le abilità sociali.

Una volta che il paziente è in grado di rappresentarsi se stesso e la mente dell'altro potrà beneficiare della partecipazione a gruppi, soprattutto per potenziare le capacità di decentramento, per avere feedback dagli altri sullo stile comunicativo e per sviluppare senso di appartenenza e di collaborazione.

Bibliografia

- Akthar, S., (1986). *Differentiating schizoid and avoidant personality disorders*. In American Journal of Psychiatry, 143, pp. 1061-1062.
- American Psychiatric Association (1952). *DSM-I, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano. Masson.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM-II, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano. Masson.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM-III-R, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano. Masson, 1990.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Milano. Masson, 2002.
- Beck, A.T., Freeman, A., et al., (1990). *Cognitive therapy of personality disorder*. New York. Guilford.
- Beidel, D., (2011). *Social Skills Training*. In Procacci, M., Popolo, R., Marsigli, N., (2011). (a cura di). *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Blanco, C., Raza, M.S., Schneier, F.R., Libowitz, M.R., (2003). *The evidence-based pharmacological treatment of social anxiety disorder*. In The International Journal of Neuropsychopharmacology, 6, 4, pp. 427-442.
- Bleuler, E., (1967). *Trattato di psichiatria*. Milano. Feltrinelli.
- Burnham, D.L., Gladstone, A.I., Gibson, R.N., (1969). *Schizophrenia and the need-fear dilemma*. New York. International University Press.
- Butcher, J.N., et al., (1989). *MMPI-2: Manual for Administration, Scoring and Interpretation. Revised*. Minneapolis. University of Minnesota Press. Adatt. It. di P. Pancheri e S. Sirigatti. 1995. Firenze. O.S. Organizzazioni Speciali.
- Carcione, A., Nicolò G., Semerari, A., (1999). *Deficit di rappresentazione degli scopi*. In Semerari, A., *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano. Raffaello Cortina.
- Cassano, G.B., Pancheri P., (1999). *Trattato italiano di psichiatria*. Milano. Masson.
- Cassano, G.B., Tundo, A., (2006). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. Torino. UTET.

- Conti, L., Bosco, F., Bara, B., Semerari, A., (2001). *Condivisione e funzioni metacognitive: analisi di sedute psicoterapeutiche attraverso l'indice di condivisione e la S. Va. M.* in Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 9, 4, pp.6-24.
- Daltito, J. A., Perugi, G., (1988). *A case of social phobia with avoidant personality disorder treated with MAOI*. Comprehensive Psychiatry, 27(3), 255–258.
- Dimaggio, G., Lysaker, P.H., et al., (2011). (a cura di) *Metacognizione e Psicopatologia. Valutazione e Trattamento*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Dimaggio, G., Procacci, M., Nicolò, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., Lysaker, P.H., (2007). *Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorders: analysis of four psychotherapy patients*. In Clinical Psychology and Psychotherapy, 14, pp. 386-401.
- Dimaggio, G., Semerari A., (2001). *Psychopathological narrative forms*. In Journal of Constructivist Psychology, 14, 1, pp. 1-23.
- Dimaggio, G., Semerari, A., (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma. Laterza.
- Fairbairn, R.W.D., (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London. Tavistock/Routledge & Kegan Paul. Trad. It. (1970) *Studi Psicoanalitici sulla Personalità*. Torino. Bollati Boringhieri.
- First, M.B., et al., (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorder. Guida dell'esaminatore*. Tr. It. O.S. Organizzazioni Speciali. Firenze. 2003.
- Fonagy, P. & Roth, A., (2004). *What works for whom?: A critical review of psychotherapy research*. New York: (2nd ed.). Guilford Press.
- Freeman A., (2004). *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. New York. Springer.
- Gilbert, P., (1992). *Human nature and suffering*. New York. Guilford.
- Heimberg, R.G., Barlow, D.H., (1990). *New developments in cognitive behavioural therapy for social phobia*. In Journal of Clinical Psychiatry, 52 (Suppl. 11), pp. 10-15.
- Horney K., (1950). *Neurosis and Human Growth*. New York. Norton. Trad. it., (1981) *Nevrosi e sviluppo della personalità*. Roma. Astrolabio.
- Horowitz, M.J., (1987). *States of mind. Configurational analysis of individual psychology*. II ed. New York. Plenum Press.

- Klein, M., (1978). *Scritti*. Torino. Bollati Boringhieri.
- Kohut, H., (1971). *The analysis of the self*. New York. International University Press.
- Trad. It. (1976). *Narcisismo e analisi del sè*. Torino. Bollati Boringhieri.
- Kraepelin, E., (1913). *Psichiatrie: Ein Lehrbruch*. Leipzig. Barth.
- Kretschmer, E., (1921). *Körperbau und Charakter*. Berlino. J. Springer.
- Levin, S., Wurmser, L., (1996). *La vergogna*. Torino. Bollati Boringhieri.
- Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Gorman, J.M. et al. (1986). *Phenelzine in social phobia*. In Journal of Clinical Psychopharmacology, 6, pp. 93-98.
- Liotti, G., (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma. Carocci.
- Livesley, W.J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York. Guilford Press.
- Livesley, W. J., (2008). *Integrated therapy for complex cases of personality disorder*. In Journal of Clinical Psychology. Vol. 64 Issue 2, pp. 207-221.
- Livesley, W.J., West, M., (1986). *The DSM-III distinction between schizoid and avoidant personality disorders*. Can. J. Psychiatry, 31, pp. 59-62.
- Maffei, C., (2001). *Dalla personalità alla psicopatologia: un problema evolutivo*. In Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 8, pp. 86-101.
- Marsigli, N., Grimaldi, P., (2011). *La terapia cognitiva della Fobia Sociale*. In Procacci, M., Popolo, R., Marsigli, N., (2011). (a cura di). *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Millon, T., (1969). *Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning*. Philadelphia. W. B. Saunders.
- Millon, T., et al. (1997). *Manual for the MCMI-III*. Odessa. Psychological Assessment Resources.
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P.H, Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R., Caricone, A., (2011). *Alexithymia in personality disorders: correlations with symptoms and interpersonal functioning*. In Psychiatry Research, 190, pp. 37-42.
- Nicolò, G., Semerari, A., Lysaker, P.H, Dimaggio, G., Conti, L., D'Angerio, S., Procacci, M., Popolo, R., Caricone, A., (2012). *Dependent personality disorders unlike avoidant personality disorders are not related to alexithymia after controlling for*

- depression: a reply to Loas.* In *Psychiatry Research*, doi:10.1016/j.psychres.2012.02.027.
- Perris, C., (1993). *Psicoterapia del paziente difficile*. Lanciano. Métis.
- Procacci, M., Semerari, A., (1998). *Il senso di non appartenenza e non condivisione in alcuni disturbi di personalità: modello clinic ed intervento terapeutico*. In *Psicoterapia*, 12, pp. 39-49.
- Procacci, M., Popolo, R., Dimaggio, G.,(2011). *Il trattamento del disturbo evitante di personalità*. In Procacci, M., Popolo, R., Marsigli, N., (2011). (a cura di). *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Procacci, M., Popolo, R., Marsigli, N., (2011). (a cura di). *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Reich, J., Noyes, R.Jr, (1986). *Differentiating schizoid and avoidant personality disorders*. *Am. J. Psychiatry*, 43, pp. 317-322.
- Safran, J.D., Muran, J.C., (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A relational treatment guide*. New York. Guilford. Trad. It. *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. (2003). Roma-Bari. Laterza.
- Safran, J.D., Segal, Z.V., (1992). *I processi interpersonali in terapia cognitiva*. Milano. Feltrinelli.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., et al., (1995). *Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity*. In *Journal of Psychiatric Research*, 29, pp. 361-374.
- Skodol, A.E., (2008). *Manifestazioni, diagnosi clinica e comorbidità*. In Oldham, J. M., Skodol, A. E., Bender, D. S., (2008). *Trattato dei Disturbi di Personalità*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V., (2001), *The prevalence of personality disorders in a community sample*. In *Archives of General Psychiatry*, 58, pp. 590-596.
- Torta, R., Amodeo, L., (2009). *L'azione ansiolitica dei farmaci antidepressivi*. Ospedaletto (Pisa). Pacini Editore Medicina.
- Tyrer, P. et al. (1993). *The Nottingham study of neurotic disorder: Effect of personality status on response to drug treatment, cognitive therapy and self-help over two years*. *British Journal of Psychiatry*, 162, 219-226.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., Bogaerts, S., (2007). *Alexithymia and interpersonal problems*. In *Journal of Clinical Psychology*, 63, pp. 109-117.

- Young, J.E., (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach*. Sarasota. Practitioner's Resource Series.
- Zimmerman, M., Coryell, W., (1989). *DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample*. In *Archives of General Psychiatry*, 46, pp. 682-689.

CAPITOLO IV

Caso clinico: Ferdinando

2.1. Invio, informazioni generali e aspettative del paziente

Ferdinando ha 19 anni e frequenta l'Università; la problematica riportata è caratterizzata soprattutto da sintomi di tipo depressivo, quali tristezza e tono dell'umore basso dovuti, soprattutto, al disagio sociale provato, alla grande difficoltà a stare con gli altri, nel gruppo e a gestire le relazioni con i coetanei; difficoltà che sono presenti dall'infanzia, ma che, da circa un paio d'anni, sono peggiorate.

La richiesta è quella di avere un aiuto per poter riuscire ad avere delle relazioni migliori e degli amici come tutti i suoi coetanei.

2.2. Assessment

2.2.1. Primo colloquio

Già dall'inizio del colloquio il ragazzo mostra un atteggiamento particolare: è molto rallentato, goffo, sta sempre un po' rannicchiato, impiega molto tempo per rivestirsi o per togliersi il giubbotto, parla con molta fatica, a monosillabi, la voce trema, tremano le mani. La mia iniziale sensazione è stata di estrema difficoltà nell'interazione, come se ci fosse una distanza incolmabile.

Mi racconta di avere 19 anni e di vivere con i genitori ed il fratello.

Racconta che ha un disagio nei contesti sociali e che si sente in forte difficoltà quando sta con gli altri; non mi sa descrivere un'emozione, solo disagio. Riferisce che più aumentano le persone più aumenta il disagio e racconta di una festa in cui lui non voleva stare e voleva andarsene, questo episodio è riportato nel seguente ABC ricostruito verbalmente in prima seduta (Fig. 4.1.); si può notare la difficoltà ad evidenziare i propri

pensieri e le proprie emozioni. L'ABC risulta, quindi, incompleto e ciò è in linea con le difficoltà che ci si aspetta di rilevare in un soggetto con DEP all'inizio della terapia.

Inoltre, il racconto presenta pochissimi particolari permettendo di evidenziare una notevole povertà narrativa.

A - Situazione	B - Pensiero	C- Emozione Comportamento
Mi trovo ad una festa, con i compagni di classe.	- Non mi va di stare qui - Non so cosa fare - Gli altri si divertono - Voglio andare via	- Emozione:? Non riesce ad identificarla - Comportamento: aspetta un altro po' e poi va via

Fig. 4.1. ABC prima seduta.

Relativamente alle amicizie, parla di un solo amico che conosce da quando era piccolo con il quale esce un paio di volte a settimana e alcuni cugini con i quali a volte gioca a calcio, ma dice di non avere un gruppo di amici con cui fa delle cose.

Rispetto alla famiglia riporta che è una famiglia tranquilla, che vuole bene ai suoi genitori, anche se dà l'impressione di essere infastidito da queste domande, di non capire perché vengano fatte e di non aver voglia di parlarne molto.

Tra gli interessi evidenzia la passione per il calcio e per la musica, fa parte di un gruppo musicale; cerco di prendere spunto da questo per valutare la presenza di qualche relazione interpersonale in tale gruppo, per capire se in quel contesto riuscisse ad intrecciare dei rapporti, chiedendo se nella banda si fosse integrato; la risposta di Ferdinando è stata: "ma che cosa vuol dire essere integrato con le altre persone io non lo so".

Come si nota è presente una grande difficoltà nel riconoscere e definire le emozioni, in particolare non viene riconosciuta l'ansia nei rapporti sociali e la tristezza susseguente. Il comportamento messo in atto è di evitamento per evitare le possibili difficoltà legate alle relazioni, le difficoltà legate all'interazione per la paura di non essere all'altezza e le possibili conseguenze spiacevoli.

A questo punto propongo di fare altri incontri, in quanto, come da lui stesso evidenziato, la problematica è presente da molto tempo e lo limita molto nella vita e, di conseguenza, non è possibile migliorarla con un solo incontro; espongo quale sarà la

procedura costituita da una valutazione testologica e altri colloqui per poter insieme definire meglio la sintomatologia e la problematica.

Durante la settimana successiva Ferdinando ha voluto riflettere sulla possibilità di intraprendere o meno un percorso; alla fine ha acconsentito.

2.2.2. Colloqui successivi:

2.2.2.1. Profilo evolutivo

Ferdinando ha sempre vissuto con i suoi genitori e con suo fratello; vuole molto bene ai suoi genitori, ma ritiene che l'educazione ricevuta sia stata molto severa, anche se di questo ha forti difficoltà a parlare.

Alcune problematiche cominciano ad essere presenti già da piccolo, soprattutto quelle relative al senso di inferiorità, alla difficoltà a far parte del gruppo e alla capacità di riuscire a relazionarsi adeguatamente con i coetanei.

Costruisce un solo legame amicale con un coetaneo del suo paese fin da bambino e si può dire che questa sia stata la sua unica amicizia, anche se, anch'essa, molto sporadica e superficiale.

Ulteriori compagnie dell'infanzia e della prima adolescenza sono costituite da alcuni cugini, con i quali, però, il rapporto è sempre molto conflittuale; i racconti rilevano episodi di bullismo subiti da Ferdinando da parte di questi cugini, con aggressioni fisiche e verbali, scherzi malevoli e prese in giro continue. I rapporti sono continuati in quanto unici coetanei frequentati e per la non capacità di Ferdinando di ribellarsi ai soprusi. Relativamente a questi episodi, il ragazzo riporta racconti nei quali si rende evidente la mancanza di supporto da parte del padre al momento in cui, da ragazzino, il figlio si rivolgeva a lui per trovare sostegno e conforto per le cattiverie subite; infatti, oltre a non essere supportanti, spesso le reazioni paterne erano di rimprovero e colpevolizzanti.

Da notare che situazioni simili vengono riportate anche in riferimento ai compagni di classe.

All'inizio delle scuole superiori le cose in classe migliorano, ritiene che i compagni siano più rispettosi e si trova meglio con loro; ma, comunque, non riesce ad intrecciare rapporti amicali.

La situazione emotiva comincia a degenerare a circa metà ciclo delle superiori, quando Ferdinando comincia ad acquisire una maggiore consapevolezza della sua situazione di diversità rispetto ai coetanei e si rende maggiormente conto del forte disagio provato nei rapporti interpersonali. Da questo momento in poi, il desiderio di avere degli amici ed un gruppo di cui far parte diventa notevolmente pressante, tanto che, non avendo abilità sociali e non sapendo individuare gli indicatori di un rapporto amicale adeguato, comincia a ritenere amiche persone che semplicemente si siedono accanto a lui sull'autobus nell'andare a scuola e lo salutano, trascurando completamente gli insulti e le prese in giro sottostanti.

La difficoltà nei rapporti diventa sempre più evidente e l'evitamento ed il ritiro sociale sempre maggiori, tali da causare notevole disagio, senso di inadeguatezza sempre maggiore, autocritica, svalutazione, abbassamento del tono dell'umore e dell'autostima; aspetti che hanno ripercussioni anche sull'appiattimento del tono emotivo e sul rallentamento motorio e del pensiero.

Al momento della richiesta di trattamento la situazione era diventata particolarmente grave con totale incapacità, da parte di Ferdinando, di gestirla.

2.2.2.2. Storia di vita

La storia di vita è stata raccolta in seduta suddividendola per fasce di età; le informazioni fornite sono state molto scarse, in quanto Ferdinando mostra di non ricordare molto, soprattutto in termini di episodi particolari; probabilmente data l'entità del disturbo molto ruolo ha avuto la difficoltà di relazionarsi con una persona nuova.

0-5 anni

Rispetto a questa fascia di età Ferdinando riferisce di non ricordare quasi niente, poche cose relative alla frequentazione dell'asilo, più che altro immagini relative agli ambienti, che si trovava bene in famiglia e la figura di una ragazza giovane che gli faceva da baby sitter e che trovava molto simpatica.

5-10 anni

Relativamente alla famiglia riferisce di non ricordare molto, di voler molto bene ai suoi genitori e che al rientro da scuola passava molto tempo con le nonne in quanto i genitori lavoravano.

A scuola andava bene, ma non si trovava bene con i compagni che lo prendevano in giro e lo picchiavano; stessa cosa accadeva con i suoi cugini, che trascorrevano i pomeriggi dalla nonna con lui.

Aveva un solo amichetto con il quale ogni tanto giocava.

10-15 anni

Racconta che anche se alle scuole medie sono cambiati i compagni, questi avevano lo stesso atteggiamento dei precedenti; cosa che lo portava ad odiare la scuola.

Rispetto alla famiglia riporta le stesse indicazioni, ma comincia ad emergere, a quest'età, anche se raccontato a grosse linee, un risentimento verso il padre per il mancato supporto e difesa nei confronti delle prese in giro ed atti di bullismo.

Continua ad avere un solo amico, sempre lo stesso; la situazione con i cugini rimane invariata.

15-19 anni

La situazione rimane pressoché la stessa, comincia a frequentare il Liceo e con i compagni si trova meglio in quanto più rispettosi.

Il rapporto con i cugini non varia di molto anche se non subisce più aggressioni fisiche, ma più che altro verbali e psicologiche alle quali lui cerca di ribellarsi con modalità e comportamenti poco consoni che incrementano l'atteggiamento dei cugini.

I racconti rispetto alla famiglia rimangono invariati; riporta che i genitori gli sono molto vicini e lo sostengono per le sue problematiche, invece cominciano i litigi con il fratello con il quale non ha niente in comune.

Continua ad avere un unico amico, anche se ha conosciuto qualche ragazzo all'università che gli sembra simpatico.

2.2.2.3. Struttura e comunicazione intra-familiare

Ferdinando si è mostrato sempre molto diffidente nel parlare della propria famiglia; analizzando alcuni episodi narrati si è potuto evincere la presenza di un forte legame con i genitori considerate come le uniche persone fidate dalle quali poter ricevere reale sostegno per qualsiasi difficoltà trovata.

La struttura e la comunicazione all'interno della famiglia appare dominata dal padre, al quale, anche la madre, sembra ricorrere per prendere decisioni; l'ambiente familiare è fortemente verbale, carente di calore emotivo e di tenerezza, caratterizzato da grande enfasi data ai valori morali e ai principi, a discapito delle emozioni, vissute negativamente.

Ferdinando riferisce di sentirsi maggiormente capito dalla madre che gli sta più vicino ed è più gentile nei modi rispetto al padre, anche se, in realtà, a parte le diverse modalità di porsi, da parte di entrambi i genitori si evidenzia una comunicazione molto criticante e giudicante, tesa a mettere sempre in evidenza gli aspetti negativi e di Ferdinando stesso e dei comportamenti inducendo dubbi, scarsa autostima e senso di colpa.

In particolare, da parte della madre si rileva un comportamento teso al sostituirsi al figlio nel fare le cose, al non dare responsabilità, non per un atteggiamento di iperprotezione, ma più per un riporre scarsa fiducia nelle capacità del figlio, connotato da una mimica rigida e povera; tale atteggiamento appare volto ad evitare i probabili conflitti e le responsabilità che ne potrebbero derivare.

Il rapporto con il padre è sempre stato più difficile, Ferdinando racconta di non sentirsi capito e sostenuto; la comunicazione è sempre imperniata da critiche ed aspetti negativi, oltre che da tratti rigidi e autoritari, che hanno l'effetto di innescare il senso di inadeguatezza in Ferdinando e far tendere il ragazzo a fare tutto precisamente pur di essere validato e accettato, oppure ad evitare per non ricevere rimproveri.

Le emozioni non vengono mai espresse, ma agite attraverso comportamenti e affermazioni basate sulla rabbia e sulla critica, oppure con comportamenti di evitamento; ciò ha portato Ferdinando a non avere un rispecchiamento e una validazione delle proprie emozioni, al contrario tale comunicazione costantemente conduce ad un'invalidazione

emotiva, a causa della quale il ragazzo non solo non riconosce le proprie emozioni, ma non ne capisce l'origine e le vive come un qualcosa di sbagliato.

2.2.2.4. Modello di attaccamento

Gli episodi individuati nella vita di Ferdinando portano ad identificare la presenza di uno stile di attaccamento di tipo ansioso/evitante; originatosi dall'interazione con un genitore che svalutava il significato delle richieste di cura del figlio e che tendeva a rispondere poco o nulla ad esse. Di conseguenza, da bambino si è sviluppata l'aspettativa che le proprie esigenze di attaccamento saranno rifiutate dall'altro.

I modelli operativi interni vanno, dunque, ad essere costituiti da una rappresentazione di sé come indegno dell'attenzione protettiva dell'altro e da una rappresentazione dell'altro come rifiutante e distante.

Molto probabilmente da bambino Ferdinando ha percepito la madre come prevalentemente assente, non disponibile, non responsiva, indifferentemente che si trattasse di motivazioni legate ad un'assenza pratica piuttosto che ad un'assenza sul piano emotivo-relazionale. L'immagine di madre interiorizzata si è strutturata sulla percezione di una mancanza di risposta ai suoi bisogni, con conseguente presenza del sentimento della sfiducia e un'apparente mancanza di aspettative che è stata proiettata sulle relazioni interpersonali rendendole insoddisfacenti.

Rispetto a questo è da evidenziare un dato, portato a conoscenza del terapeuta solo molto in là nella terapia, relativo alla presenza di una depressione post-partum sofferta dalla madre subito dopo la nascita di Ferdinando; probabilmente i sintomi depressivi hanno influito sulla capacità della madre di interagire in modo sensibile e responsivo, portando il bambino a mettere in atto strategie, tese alla minimizzazione dell'espressione dell'attaccamento, per poter far fronte all'assenza emotiva materna.

Da tenere in considerazione anche la figura paterna, come si è evidenziato essa mostra una comunicazione molto rigida, criticante, giudicante e svalutante, non caratterizzata affatto da vicinanza e validazione emotiva e da capacità di comprendere i bisogni del figlio. La conseguente aspettativa di Ferdinando è quella di non essere accolto, validato e accettato, ma piuttosto rimproverato e criticato, non ritenuto valido; aspettativa che si proietta sulle relazioni interpersonali caratterizzate da tale paura di base e da

conseguente difficoltà di instaurazione dei rapporti e da tendenza all'evitamento degli stessi.

2.2.3. Interviste, test e questionari

a) MMPI-2

La configurazione delle scale di validità si stabilisce in un intervallo che permette di ritenere il profilo valido; infatti, le elevazioni della scala F e Fb sono da riferirsi alla presenza di un'ampia gamma di problemi psicologici.

Le punte maggiormente elevate risultano essere relative alle scale 2-D, 0-Si, 4-Pd e 8-Sc; esse esprimono un quadro in cui si potrebbe evidenziare la presenza di umore depresso, disperazione, ritiro, scoraggiamento; oltre che, possibile presenza di pessimismo, autocritica e sensi di colpa con autostima a livelli molto bassi accompagnata da preoccupazioni e tendenza all'indecisione, sentimenti di inadeguatezza e inutilità. Il soggetto potrebbe essere tendenzialmente introverso, isolato, timido e trovarsi a proprio agio solo con poche persone intime. Molto probabilmente si sente a disagio in contesti sociali in particolare con persone del sesso opposto, tuttavia si potrebbero evidenziare difficoltà a causa di questo scarso coinvolgimento con le altre persone; inoltre, può presentarsi una forte sensibilità a ciò che gli altri pensano. Si potrebbe evidenziare la tendenza ad essere ipercontrollato e a non manifestare i propri sentimenti. Nelle relazioni può essere remissivo, accomodante, compiacente e dipendente. Potrebbe esserci scarsa capacità di giudizio e una limitata capacità di tolleranza alle frustrazioni; tendenza all'ansia, tensione e agitazione; possibile presenza di preoccupazioni e senso di inquietudine ed irrequietezza con difficoltà di concentrazione. Potrebbe essere rigido, coscienzioso, conformista, tendente alla razionalizzazione, poco acuto nella risoluzione dei problemi. Possibile presenza di confusione, disorganizzazione e disorientamento. La capacità di giudizio potrebbe essere scarsa e potrebbero essere presenti atteggiamenti e pensieri insoliti.

L'interpretazione per code-type, 2-4-8, permette di rilevare la presenza di tendenza all'impotenza, inadeguatezza ed insicurezza; oltre che, difficoltà nel prendere decisioni e nella concentrazione. Si potrebbero presentare relazioni interpersonali problematiche, in quanto tali soggetti sembrano mancare delle abilità sociali di base e sono spesso isolati. Le

relazioni possono spesso essere insoddisfacenti ed impoverite e ciò può influire sul senso di inadeguatezza e di insicurezza.

Tali considerazioni sono confermate dalle elevazioni presenti nelle scale di contenuto, in particolare rispetto alle scale Sod e Wrk; nelle scale supplementari si riscontra un'elevazione della scala Pk che indicare la presenza di forte ansia, stati depressivi e sensi di colpa per eventi accaduti.

Il quadro risulta, in generale, molto complesso, infatti l'elevazione della scala Trt ci indica una possibile difficoltà nel portare avanti proficuamente un trattamento.

	Punteggio grezzo con correzione K	Punti T
Scale di base		
L (Menzogna)	6	49
F (Frequenza)	18	76
K (Correzione)	13	43
Hs (Ipocondria)	18	62
D (Depressione)	36	80
Hy (Isteria)	27	59
Pd (Deviazione Psicopatica)	32	72
Mf (Mascolinità - femminilità)	30	59
Pa (Paranoia)	15	67
Pt (Psicastenia)	37	66
Sc (Schizofrenia)	40	71
Ma (Ipomania)	16	42
Si (Introversione Sociale)	50	79
Scale di Contenuto		
Anx (Ansia)	14	70
Frs (Paure)	11	68
Obs (Ossessività)	10	67
Dep (Depressione)	22	78
Hea (Preoccupaz. per la Salute)	10	60
Biz (Ideazione Bizzarra)	8	68
Ang (Rabbia)	8	59
Cyn (Cinismo)	13	51
Asp (Comportamenti antisociali)	5	45

Tpa (Ipermotivaz. sul Lavoro)	13	61
Lse (Bassa Autostima)	15	73
Sod (Disagio Sociale)	19	80
Fam (Problemi Familiari)	7	56
Wrk (Difficoltà sul Lavoro)	24	80
Trt (Difficoltà di Trattamento)	14	69
Scale Supplementari		
Fb (F Beck)	8	65
Trin (Incoerenza nelle Risposte Vero)	9	51
Vrin (Incoerenza nelle Risposte)	6	53
Mac-R (Scala MacAndrew di Alcolismo)	18	43
Aps (Tossicodip. Potenziale)	22	52
Aas (Ammissione di Tossicod.)	0	41
Pk (Post – Traumatico da stress)	26	74
O-H (Ostilità Ipercontrollata)	15	50
Mds (Disagio Coniugale)	6	60

b) MILLON III

		Punteggio grezzo	Punteggio BR
Indici correttivi			
X	Apertura	88	56
Y	Desiderabilità	9	43
Z	Svalutazione	11	64
Stili di personalità			
1	Schizoide	10	75
2°	Evitante	20	99
2B	Depressivo	8	77
3	Dipendente	10	78
4	Istrionico	3	13
5	Narcisistico	3	14
6°	Antisociale	0	1
6B	Aggressivo – Sadist.	2	17
7	Compulsivo	19	56
8°	Aggressivo - Passivo	6	45
8B	Autofrustrante	8	77

Patologia Grave			
P	Schizotipico	9	69
S	Borderline	3	29
C	Paranoide	3	36
Sindromi Cliniche			
A	Disturbi d'ansia	3	60
H	Somatoforme	2	60
N	Maniacale – bipolare	0	1
D	Distimico	9	78
B	Dipendenza alcool	0	1
T	Dipendenza droga	2	30
R	Post - traumatico	4	60
Sindromi gravi			
SS	Disturbi pensiero	4	60
CC	Depressione magg.	3	60
PP	Disturbi da delirio	0	1

Un punteggio elevato si ottiene relativamente allo stile di personalità evitante (Br 99) e ciò si rileva di solito in pazienti che hanno uno stile di personalità caratterizzato da tratti evitanti. Tipicamente questi soggetti sono piuttosto sensibili alla possibilità del rifiuto; danno per scontato che la gente non dia valore alla loro amicizia e sono spesso preoccupati del rischio di un'umiliazione interpersonale. Questa paura ha l'effetto di metterli a disagio nelle situazioni sociali perché sentono che devono mostrare il meglio di sé e essere costantemente in guardia. Per evitare il disagio che è quasi sempre collegato al contatto interpersonale tali individui tendono a sfuggire le situazioni sociali. Questo probabilmente comporta un problema per loro, perché loro amerebbero avere amici e essere ben accettati. Tali individui, di conseguenza, tendono a essere isolati e a funzionare meglio nelle situazioni in cui non devono interagire con molta altra gente.

Un'ulteriore elevazione si evidenzia nello stile di personalità dipendente, anche se può essere ritenuto un tratto, ma che comunque, in associazione con l'elevazione evitante fornisce un quadro caratterizzato da soggetti che non hanno amici intimi e tendono a restare distaccati e isolati. Spesso si considerano deboli, inadeguati, senza risorse e non attraenti. Così la vita è sperimentata come un conflitto tra rischiare e accettare il disagio di creare una relazione o ritirarsi nella sicurezza non minacciosa del loro isolamento. Questi soggetti sono spesso sensibili, compassionevoli ed emotivamente reattivi. Tuttavia spesso sono nervosi, goffi, diffidenti e isolati.

c) SCID II

Il questionario ha rilevato un solo aspetto da approfondire attraverso l'intervista relativo al disturbo evitante di personalità; in effetti, l'approfondimento ha permesso di evidenziare la presenza di sintomi di livello 3 che superano il cut-off stabilito.

Disturbo di Personalità	Item Soglia	Ferdinando
Evitante	4	6
Dipendente	5	3
Ossessivo – Compulsivo	4	3
Passivo – Aggressivo	4	1
Depressivo	5	3
Paranoide	4	2
Schizotipico	5	3
Schizoide	4	1
Istrionico	5	1
Narcisistico	5	1
Borderline	5	2
Antisociale	3	0

Nel profilo è, inoltre, importante evidenziare che, nel complesso, sono stati soddisfatti 26 criteri; rilevabili, in ordine decrescente dopo il tratto evitante, nei tratti dipendente, ossessivo-compulsivo, depressivo, schizotipico, paranoide, borderline, passivo-aggressivo, schizoide, istrionico e narcisistico. Ciò indica la presenza di un disturbo di personalità grave e di una patologia diffusa e costituita da diversi aspetti che, quasi certamente, potrebbero palesarsi nella terapia e che vanno tenuti in considerazione costantemente.

d) BPRS

<i>Sintomi</i>	<i>Punteggio Ferdinando</i>
1 (preocc.somat.)	1
2 (ansia)	5
3 (dep.)	5
4 (rischio suicidio)	3
5 (sent.di colpa)	5
6 (ostilità)	4
7 (elevaz.tono umore)	1
8 (grandiosità)	1
9 (sospettosità)	4

10 (allucinazioni)	1
11 (cont.insolito pensiero)	2
12 (comp.bizzarro)	1
13 (trascuratezza sé)	1
14 (disorientamento)	1
15 (disorg.concettuale)	2
16 (appiattimento affettivo)	5
17 (isolam.emotivo)	1
18 (rallent.motorio)	3
19 (tensione motoria)	3
20 (mancanza compera.)	1
21 (eccitamento)	1
22 (distraibilità)	1
23 (iperattività motoria)	1
24 (manierismo e posture)	1

Come si può notare le rilevazioni significative, indicanti un livello di presenza di sintomi moderatamente grave, si riscontrano nelle sfere dell'ansia, della depressione, dei sentimenti di colpa e dell'appiattimento affettivo andando, quindi, a confermare il quadro sintomatologico già rilevato dalla precedente testistica.

2.3. Diagnosi finale (DSM IV-TR)

Le caratteristiche essenziali del DEP come descritte nei criteri diagnostici del DSM-IV-TR riportano:

un quadro pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo, che compare entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:

- 1) evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale, poiché teme di essere criticato, disapprovato, o rifiutato;
- 2) è riluttante nell'entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo di piacere;
- 3) è inibito nelle relazioni intime per il timore di essere umiliato o ridicolizzato;
- 4) si preoccupa di essere criticato o rifiutato in situazioni sociali;
- 5) è inibito in situazioni interpersonali nuove per sentimenti di inadeguatezza;

- 6) si vede come socialmente inetto, personalmente non attraente, o inferiore agli altri;
- 7) è insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o ad ingaggiarsi in qualsiasi nuova attività, poiché questo può rivelarsi imbarazzante.

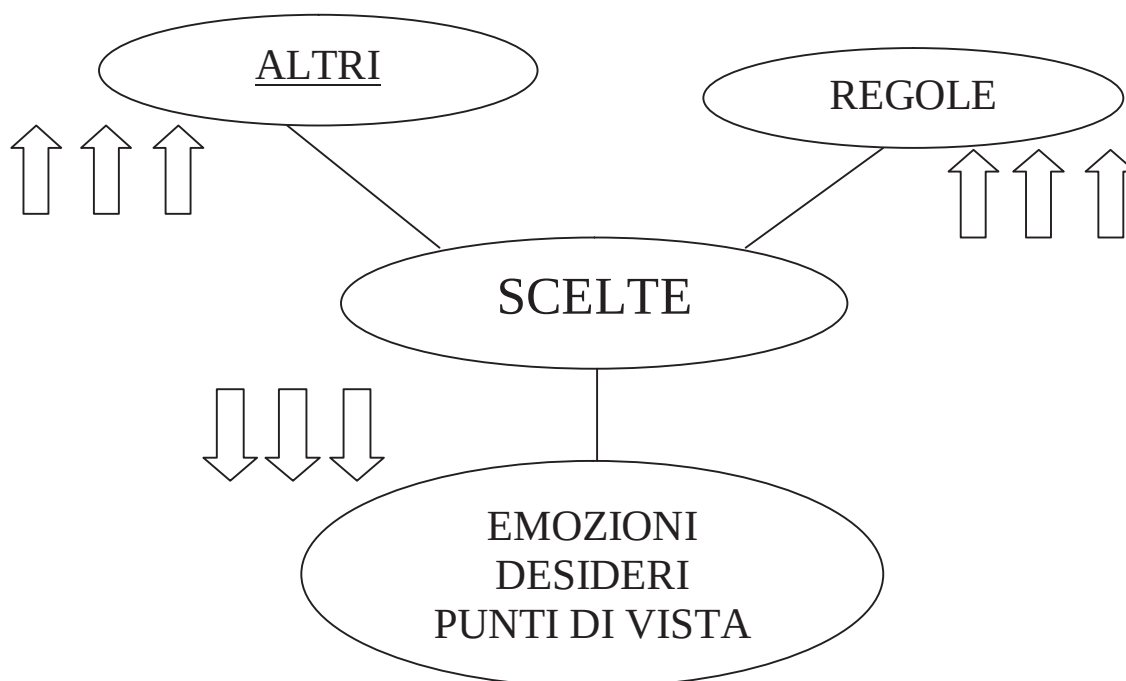
Ferdinando soddisfa 6 dei sette criteri che definiscono la diagnosi di Disturbo Evitante di Personalità; infatti, risulta presente con minore intensità, che non raggiunge il valore soglia, l'aspetto relativo all'essere riluttante nell'intraprendere nuove attività.

2.4. Concettualizzazione del caso

La concettualizzazione del caso è avvenuta attraverso la raccolta di episodi narrativi fatta fin dalla prima seduta dalla quale si sono potute ricavare informazioni relative sia alla disfunzione di monitoraggio sia allo schema interpersonale sé/altro.

Lo scopo è stato quello, all'inizio, di individuare il funzionamento metacognitivo e interpersonale e valutare quanto fosse pervasivo in base alla ripetitività e alla presenza in diverse sfere della vita di Ferdinando, attraverso il racconto degli episodi; successivamente, ci si è indirizzati al rendere consapevole Ferdinando dell'attivazione dello schema nelle situazioni quotidiane, prima di poterlo mettere in discussione ed attivare un cambiamento.

Seguendo questo percorso, possiamo, quindi, evidenziare una concettualizzazione basata su due aspetti, quello della disfunzione di monitoraggio (vedi schema seguente) e quello dello schema sé/altro, definibili secondo i seguenti modelli, riportati così come sono stati creati per la spiegazione al paziente:

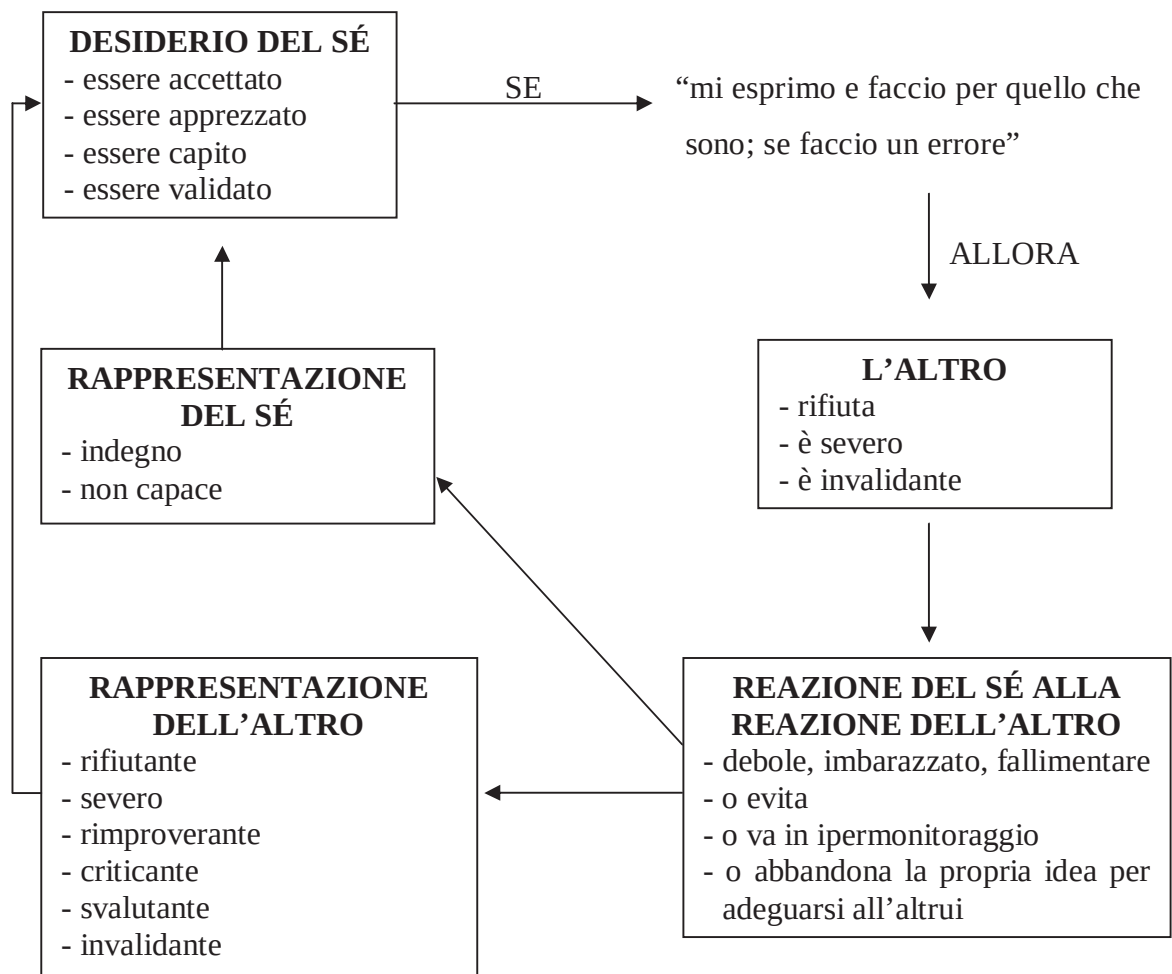
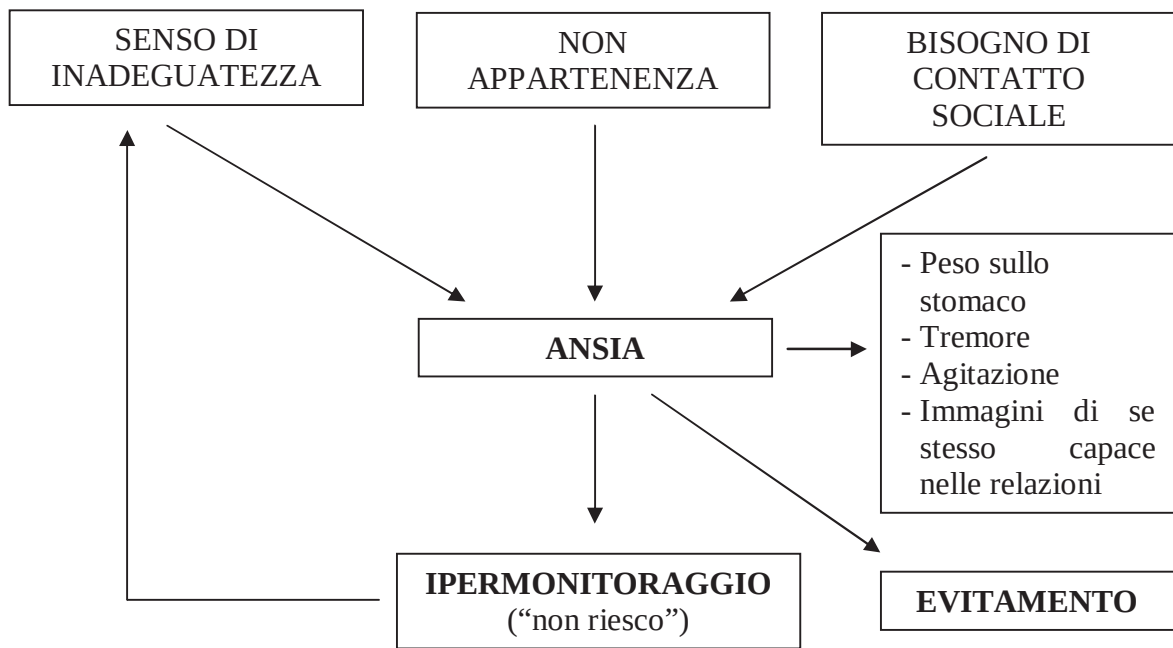


Questo schema definisce la tendenza di Ferdinando a basarsi molto sulle regole e sull'opinione degli altri nella regolazione delle scelte, mentre, evidenzia la difficoltà a capire le proprie emozioni, desideri e punti di vista e a farli entrare in gioco nella definizione delle scelte. Questo aspetto deficitario fa sì che gli altri due diventino ipertrofici e sbilancino le decisioni a discapito dei propri desideri.

Tale concettualizzazione è molto importante per definire il livello sul quale è necessario agire prioritariamente, cioè la disfunzione nell'automonitoraggio.

Con Ferdinando, prima di passare alla concettualizzazione basata sullo schema interpersonale si è reso necessario, proprio a causa della gravità del disturbo e della difficoltà nel procedere, fare un passaggio intermedio, anche per rendere a lui maggiormente chiaro il suo funzionamento attraverso passi più brevi e semplificati.

Si è costruito, quindi, un ulteriore schema di concettualizzazione una volta che, migliorato il malfunzionamento nel monitoraggio, Ferdinando è stato in grado di rilevare il senso di inadeguatezza nelle relazioni, il senso di non appartenenza ed il bisogno delle relazioni interpersonali, atto a mostrare le emozioni provate e le reazioni attuate. Inoltre, ciò ha permesso di illustrare anche come tale meccanismo andasse ad innescare un'ipermonitoraggio, rispetto al cosa fare e cosa dire e rispetto al non riuscire a fare niente che, inevitabilmente, rinforza il senso di inadeguatezza



Lo schema evidenzia le rappresentazioni di sé e dell'altro proprie di Ferdinando che si sviluppano nelle relazioni interpersonali; nella relazione Ferdinando si inserisce con il desiderio di essere accettato, capito e validato, accompagnato dall'aspettativa che qualora si esprimesse per quello che è o facesse un errore gli altri lo rifiuterebbero o sarebbero severi ed invalidanti. Ovviamente, tutto questo risulta fortemente doloroso da affrontare, di conseguenza, le reazioni sono esclusivamente tese ad evitare lo stato di debolezza, imbarazzo e fallimento, fortemente temuto. Il ragazzo ha sperimentato che per evitare questo è necessario o evitare le situazioni che potenzialmente potrebbero portare a tali risultati, o, trovandosi, cercare di riuscire a tutti i costi, andando così in ipermonitoraggio, o conformarsi alle idee degli altri che appaiono sempre migliori.

Tutto ciò non fa altro che andare a confermare la visione che Ferdinando ha cristallizzata di se stesso come indegno e non capace e degli altri come rifiutanti, severi, rimproveranti, svalutanti e invalidanti.

2.5. Elementi di contratto terapeutico

Il contratto terapeutico è stato stipulato fissando la cadenza settimanale dei colloqui, la necessità di avvertire almeno il giorno precedente a quello dell'incontro qualora non avesse potuto esserci e la necessità di procedere con alcune valutazioni testistiche ed altri colloqui di approfondimento prima di delineare con chiarezza gli obiettivi del percorso terapeutico. Durante la terapia Ferdinando ha sempre rispettato il contratto. Successivamente all'approfondimento della problematica, gli obiettivi si sono stabiliti come segue e si è definito che per raggiungerli sarebbe stato necessario un tempo molto lungo, circa due anni/due anni e mezzo di terapia:

Obiettivi a breve termine:

- Raccolta episodi narrativi centrati sul riconoscimento delle emozioni per il miglioramento dell'alessitimia
- Esplicitazione dello schema di regolazione delle scelte per evidenziare la disfunzione di monitoraggio e lavoro su di esso per innalzare il livello di riconoscimento delle proprie emozioni e dei desideri

Obiettivi a medio termine:

- Analisi del senso di inadeguatezza e del senso di non appartenenza ed esplicitazione del funzionamento di tali aspetti nella generazione dello stato d'ansia nelle situazioni sociali
- Esplicitazione dello Schema Interpersonale e aumento della consapevolezza dell'attivazione dello schema nelle diverse situazioni e della sua pervasività, evidenziandone la ricorsività negli episodi narrativi per promuovere distanza critica (differenziazione) e migliore gestione dei cicli
- Introduzione di nuove strategie di mastery

Obiettivi a lungo termine:

- Integrazione di diverse rappresentazioni di sé e degli altri; intervento sulla disfunzione di decentramento
- Sviluppo di migliori capacità di abilità sociale e piccoli esperimenti di esposizione alle situazioni temute
- Creazione di nuovi interessi personali

2.6. Relazione terapeutica

L'instaurare ed il mantenere la relazione terapeutica è stato l'aspetto più difficile della terapia. Infatti, Ferdinando, portatore di un disturbo evitante grave, fin dall'inizio ha mostrato di avere forti difficoltà ad accordare fiducia al terapeuta, a causa della paura di essere criticato dovuta all'attivazione degli schemi interpersonali dominanti. Inoltre, già il suo modo di presentarsi, per l'atteggiamento molto rallentato, goffo, sempre un po' rannicchiato su se stesso, aveva dato al terapeuta, al primo impatto una sensazione di difficoltà di interazione, un senso di impreparazione, di incapacità a parlare con una persona che già solo dall'aspetto sembrava mostrare tanta distanza.

Le problematiche relative alla disfunzione di monitoraggio e all'incapacità di instaurare un buon livello di condivisione con l'altro hanno fatto sì che, per tutto il percorso, il terapeuta avesse la rappresentazione della mente di Ferdinando come opaca e poco comprensibile; questo ha rischiato di far cadere il terapeuta in cicli disfunzionali andando a confermare lo schema proprio del ragazzo di sé inadeguato e altro rifiutante.

Dunque, dall'inizio e per tutta la terapia, sono state necessarie intense operazioni di disciplina interiore per poter prima costruire e poi mantenere una buona relazione di cura e una base di cooperazione sulla quale poter lavorare indirizzandosi sugli stati mentali e sugli schemi interpersonali.

In particolare, il tono emotivo distaccato, le narrazioni vaghe prive di connotazioni e di eventi hanno, a volte, condotto o rischiato di condurre il terapeuta ad avere reazioni di irritazione con la conseguente tendenza a diventare incalzante nelle richieste o ad essere demotivato a portare avanti la relazione, con conseguente aumento della distanza interpersonale e attivazione di cicli disfunzionali. Si è rivelato molto proficuo, in tali casi, promuovere nella seduta un tono emotivo positivo cercando di individuare e rievocare temi che si era notato interessare al paziente, in questo caso la musica, per poterlo coinvolgere maggiormente e rendere il clima relazionale più gradevole.

Inoltre, si è reso necessario fare attenzione sempre ai cambiamenti di stato avvenuti in seduta, individuabili soprattutto attraverso la rilevazione di cambiamenti nella mimica o nella postura, per poter evidenziare problematiche che si stavano attivando nel qui ed ora e poterne discutere subito validando e normalizzando le difficoltà di Ferdinando e spiegando le motivazioni, rendendo, quindi, chiara la mente del terapeuta che invece risultava opaca; un esempio di queste difficoltà, che possono attivare lo schema di inadeguatezza in seduta e minare la relazione, verrà riportato nel paragrafo seguente relativo al trattamento.

Altro aspetto che è stato molto importante tenere sempre in considerazione e che, comunque, è stato sempre palpabile nella relazione è relativo alla sensazione del terapeuta di sentirsi sempre come se stesse camminando sulle uova, quindi la sensazione di dover sempre stare massimamente attento alle parole e agli interventi; ciò è dovuto alla ipersensibilità alla critica che è costante nel paziente evitante e che, anche per un minimo cambiamento di tono di voce, che ovviamente il paziente percepisce in modo distorto, si attivi lo schema sé inadeguato-altro criticante/rifiutante.

Questo ha costituito la più grande difficoltà affrontata dal terapeuta, soprattutto perché la pervasività di questo schema in Ferdinando lo ha portato spesso a fare dei "test" al terapeuta per analizzare fino a che punto potesse essere non giudicante ed accettante, in grado di capirlo e di validarlo, aspettandosi la reazione negativa sempre sperimentata; riuscire a mantenere la relazione ha, quindi, richiesto una costante e difficile

disciplina interiore per monitorare costantemente le reazioni del terapeuta ed indirizzarle in modo adeguato al fine della non collusione con gli schemi disfunzionali. Un esempio relativo ad un momento di una seduta in cui il terapeuta si è sentito in difficoltà, fa riferimento ad una seduta in cui Ferdinando, già all'arrivo, diede al terapeuta la sensazione che fosse più agitato del solito, come un po' più trasandato, un po' più cupo, come smarrito; il terapeuta sentì una sensazione di difficoltà, come se dovesse aspettarsi una seduta più complessa del solito. Alla domanda su come fosse andata la settimana il ragazzo, seduto con la testa bassa con le mani poggiate sul tavolo, rispose di stare proprio male, il terapeuta chiese di spiegare meglio come mai, se fosse successo qualcosa e lui, alzando la testa e guardando il terapeuta in modo aggressivo, disse: "a volte io ho la sensazione che nessuno mi capisca neanche lei". Lo stato interno del terapeuta, nel primissimo momento, fu costituito da un misto di sorpresa, per l'atteggiamento inatteso, di ansia, a causa di pensieri del tipo: "ora che faccio? cosa gli rispondo?", e di sensazione di incapacità di comprenderlo e di gestire la situazione. Lo stato interno, immediatamente seguente, fu costellato da senso di irritazione, dovuta all'interpretazione di un tale atteggiamento, soprattutto lo sguardo arrabbiato, come se fosse una sfida, come se in realtà quello che il paziente stesse dicendo fosse: "voglio vedere come tu reagisci, io ti sto dicendo che tu non hai capito, che non hai capito niente, voglio vedere se ti arrabbi o no, voglio vedere che fai, voglio vedere se fai come gli altri e ti arrabbi". A quel punto il terapeuta, resosi conto dell'irritazione provata, accompagnata dall'ansia e dal senso di incapacità di gestire la situazione, si accorse della tendenza a voler rispondere, con il tono di voce e con l'atteggiamento più che nel contenuto, in modo criticante e sprezzante, per la percezione di mancanza di fiducia nei propri confronti. Le operazioni di disciplina interiore del terapeuta si indirizzarono a modificare tale atteggiamento, che avrebbe attivato un ciclo del tipo sé indegno/altro rifiutante, con il pensare che fosse possibile che non avesse compreso appieno la problematica e con un intervento teso ad esplicitarlo, del tipo: "va bene, Ferdinando, non preoccuparti; ti va di spiegarmi meglio che cosa non ho capito, così possiamo vedere insieme se riusciamo a trovare il problema?". Da quel punto, il ragazzo cominciò a spiegare più approfonditamente quale fosse la sua difficoltà, soffermandosi a chiedere scusa al terapeuta temendo avesse potuto offenderlo.

Un ulteriore aspetto difficile da gestire è probabilmente da riferirsi alla presenza di un tratto di tipo dipendente ed è dato dalla continua ricerca di rassicurazioni,

comportamento che attua sempre con i genitori e che fin dalle prime sedute comincia ad attuare anche con il terapeuta. Le rassicurazioni vengono richieste per qualsiasi cosa ed il terapeuta si trova in uno stato di irritazione e di costrizione, in quanto si sente sempre di dover dare una valutazione sul se sia giusto o se sia sbagliato, anche a livello morale (probabilmente qui si ha anche una commistione con un tratto ossessivo), una valutazione che in realtà non vuole dare. Il considerare che tali aspetti sono caratterizzanti la patologia grave del paziente aiuta molto il terapeuta a non esprimere l'irritazione provata ed a cercare formule, di volta in volta, diverse di risposta tese a far ragionare e far valutare, anche al minimo atteso, in modo autonomo o con atteggiamento cooperativo.

2.7. Trattamento

Il trattamento è stato sviluppato seguendo gli obiettivi delineati nel contratto. Per semplicità esplicativa di seguito sarà evidenziato ogni obiettivo, ma è da tenere in considerazione che ciò non costituisce una vera e propria scansione temporale, in quanto diversi obiettivi potrebbero essere perseguiti con unici interventi terapeutici.

Raccolta episodi narrativi centrati sul riconoscimento delle emozioni per il miglioramento dell'alessitimia:

La raccolta di episodi narrativi è stata condotta primariamente per potersi centrare sull'identificazione degli stati fisiologici e sull'identificazione, denominazione e riconoscimento delle emozioni, aspetti nei quali si evidenziava una totale incapacità da parte del ragazzo, per poter sviluppare la consapevolezza.

Inoltre, raccogliere gli episodi narrativi ed analizzarli attraverso la tecnica dell'ABC risulta fondamentale per giungere alla ricostruzione dello schema interpersonale disfunzionale. A causa della forte alessitimia e della necessità di stare molto sulla creazione della relazione terapeutica, minata dalla costante paura del giudizio e della critica da parte di Ferdinando, questa fase si è protratta a lungo ed è durata circa sei mesi; infatti, all'inizio, nella prime sedute, non era possibile ricostruire nessun episodio, in quanto il ragazzo non riportava neanche le sensazioni fisiche esperite, i suoi racconti erano molto razionalizzanti, ma privi di caratteristiche descrittive e del livello

emotivo.

Si è, quindi, reso necessario cominciare facendo passi molto piccoli, un po' alla volta, di conseguenza, si è cercato di ricostruire gli episodi sempre in seduta, in quanto dare la compilazione di ABC a casa si è rivelata da subito una scelta inefficiente a causa della grave difficoltà nel riconoscimento delle emozioni, delle sensazioni fisiche e dei pensieri, nonché nella adeguata definizione della situazione; si evidenziava l'occorrenza di una guida indirizzante nell'analisi delle situazioni.

I soli aspetti che si è potuto dare da rilevare come compito a casa hanno riguardato il provare a fare attenzione, durante la settimana, per lungo tempo, alle sole sensazioni fisiche provate nelle situazioni in cui provava "disagio", e, successivamente, provare a fare attenzione alle emozioni.

La maggior parte del lavoro è stato, però, svolto in seduta procedendo con una psicoeducazione relativa alle manifestazioni fisiologiche delle emozioni, al come possono essere espresse, alla diversa intensità che possono avere e alla modalità con cui possono essere riconosciute nella mimica e negli atteggiamenti. Rispetto a quest'ultimo aspetto sono state utilizzate le tavole del TAT (Thematic Apperception Test) per far calare Ferdinando nelle situazioni rappresentate ed individuare attraverso le espressioni le emozioni provate. Alcuni materiali usati in seduta a tale scopo sono stati forniti, affinché potesse anche a casa rivedere e ricordare meglio le cose discusse insieme (vedi Appendice I).

Si è poi cominciato ad analizzare meglio gli episodi accaduti cercando di identificare il più precisamente possibile la situazione e le sensazioni fisiche e le emozioni esperite; quando non si riusciva, il terapeuta ha cercato di suggerire le possibili emozioni che un individuo avrebbe potuto provare in episodi simili oppure fare un intervento di self-disclosure esprimendo un evento simile capitato con l'emozione correlata.

Tutto questo è avvenuto con un processo molto lento e faticoso, si è dovuti rimanere molto a lungo su ogni singolo episodio per analizzarlo adeguatamente e in ogni seduta ricominciare il processo nuovamente su nuovi episodi con le stesse procedure, anche a causa di difficoltà mnestiche tipiche dei soggetti evitanti, per i quali è molto difficile identificare e poi ricordare ciò che accade loro. Inoltre, Ferdinando ha cominciato a notare chiaramente questa sua difficoltà e a rattristarsi e sentirsi in colpa e maggiormente inadeguato per non riuscire a rispondere a domande riguardanti le emozioni.

Nello stralcio di colloquio che segue sono evidenti sia le difficoltà nell'identificazione delle emozioni e degli stati fisiologici, sia le problematiche legate all'inadeguatezza nel non saper rispondere che non vengono espresse chiaramente, ma sono state colte dal terapeuta attraverso un'attenzione particolare posta al cambiamento di stato mentale in seduta e sono state risolte attraverso interventi di spiegazione, normalizzazione e riformulazione. Oltre a ciò, nel brano si evidenzia già l'aspetto del senso di non appartenenza, non approfondito in tale seduta, e di come si manifesti (P: che vorrei parlare come parlano loro; triste e ansioso, agitato).

T: Hai notato in questo ragazzo qualcosa che ti ha fatto capire che lui non avesse interesse a parlare con te

P: che non faceva come i miei compagni di università che arrivano e mi dicono "Ciao allora che dici, come va?" e mi parlano di qualche altro argomento

T: senti e per questa difficoltà che hai avuto come ti sei sentito?

P:.....

T: che sensazione hai avuto, che emozione hai provato?

P: non lo so

T: per questo fatto di non riuscire

P: tristezza

T: come la senti tu la tristezza? Come l'hai sentita?

P:.....

T: come lo hai capito che ti stavi sentendo triste?

P: come si capisce?

T: non so per esempio se hai avuto qualche sensazione fisica che ti ha fatto capire che fossi triste

P: no

T: allora prova a immaginare che adesso tu ti trovi in una situazione in cui ci sono delle persone e senti di dover provare a conversare o comunque a dire qualche cosa con loro

P:.....

T: come ti senti?

P: che vorrei parlare come parlano loro

T: e quindi questo pensiero di non essere capace di parlare come parlano loro come ti fa sentire?

P: cerco di trovare delle cose da dire

T: ok questo è quello che cerchi di fare per trovare una soluzione alla situazione; ma nel momento in cui tu ti trovi nella situazione dove ti senti così a disagio perché gli altri riescono a parlare e tu no, tu come ti senti?che emozione provi?

P: che emozione si può provare?

T: ti ricordi che le emozioni sono tante, non so ti senti felice?ti senti impaurito?ti senti gioioso?ti senti contento?ti senti triste?ti senti ansioso?

P:triste e ansioso, agitato

T:ok; allora mi hai fatto una discriminazione tra queste emozioni, hai detto io non mi sento impaurito, non mi sento contento, mi sento triste e mi sento agitato, ok; come lo hai capito che ti senti triste?

P:.....

T:qual è la sensazione che ti ha fatto pensare di essere triste; ti ricordi quando avevamo parlato delle emozioni avevamo visto che possono darci delle sensazioni fisiche no?per esempio quando sono impaurito posso bloccarmi oppure quando sono ansioso può battermi forte il cuore; a te quando sei triste che ti succede?

P: che cosa può succedere?

T: non so, per esempio una persona quando è triste potrebbe venirle da piangere oppure può sentirsi come un nodo alla gola, quando è agitato può battere forte il cuore o può sudare di più; a te cosa succede?

P: non lo so

T: va bene, prova a pensarci la prossima volta che ti trovi in una situazione simile; è una cosa importante ricordati di provare a pensarci nelle situazioni in cui stai in mezzo alle persone ed hai una sensazione di inadeguatezza che per te è fatta dalla tristezza e dalla agitazione, giusto?

P: si

T: come lo capisci che ti stai sentendo triste e ti stai sentendo agitato?che sensazioni fisiche hai? Ok?.... Anche se adesso non ti vengono in mente queste sensazioni fisiche, hai però presente la sensazione di disagio che senti?

P:.....

T: quando ti succede tu lo riconosci che ti senti in difficoltà? mi sembra di sì perché me la racconti

P: sì

T: quindi in qualche modo te ne accorgi, anche se adesso non riesci a dirmelo però in qualche modo te ne accorgi

P: mi sento come paralizzato

T: ok, hai visto questa è per esempio una di queste sensazioni, scrivila questa è un'espressione dell'agitazione, l'agitazione è una forma di ansia e l'ansia è una forma della paura e la paura paralizza; ti senti paralizzato perché?

P:.....

T. diciamo noi ci sentiamo paralizzati quando abbiamo paura

P: quando per esempio devo congedarmi

T: per esempio quello è un momento, che cosa ti paralizza, di che cosa hai paura?

P:.....

T: non so forse del fatto che non sai cosa dire o di come possono reagire gli altri o

P: non so cosa e dire e di come

T: tutte e due le cose?

P: sì

T: ok; quindi questa è la sensazione che hai, adesso ti è capitata ora che sei andato in gita

P: sì

T: ti ricordi altre volte in cui ti è capitata, altre volte in cui ti senti in questo modo, ti senti triste, ti senti agitato, ti senti come se fossi paralizzato

P:.....

T: prova a pensare a tante situazioni, possono essere sia situazioni quando stavi con tante persone, che ti sono successe all'università, che ti sono successe a scuola, che ti sono successe a casa, anche con poche persone, situazioni in cui ti senti allo stesso modo

P: no (cambiamento espressione)

T: non ti preoccupare F., ti vedo un po' sovrappensiero, c'è qualche cosa che non va? che succede?

P: avverto un po' un dolore qui, non so se è l'ansia

T: come ti fa sentire questo dolore qua?

P:.....

T: ho questa impressione, che quando parliamo di questa cosa tu faccia più difficoltà rispetto a quando per esempio parliamo dell'università o a quando abbiamo parlato del problema con la musica, non so se è una mia impressione o è così?mi sembra che tu è come se un po' ti rattristi, sei un po' più agitato

P:.....

T: non lo so, è così per te o è una mia sensazione?

P: no è così

T: come mai? innanzitutto ti fa più tristezza parlare di questa cosa, ti fa più ansia, come ti fa sentire? quello che io noto è che hai proprio un'altra espressione del viso, come se ti pesa tanto parlare di queste cose

P:non so perché mi fa certe domande

T: quali per esempio?

P: come ti senti per esempio

T: è questa cosa che ti rattrista?

P: il fatto di non essere in grado di rispondere

T: ok, quello che vorrei capire è se è parlare di questo argomento che ti rattrista o queste domande, cioè se parlassimo di questo argomento ma io non ti facessi queste domande sarebbe diverso per te?

P:si

T: va bene, allora io ti faccio queste domande perché è importante che tu pensi a queste cose, capisco che è difficile e non ti preoccupare perché la maggior parte delle persone non riescono a dare una risposta a queste domande che sono difficili e io non mi aspetto che tu mi dia una risposta giusta perché non c'è una risposta giusta o una sbagliata perché ogni persona può sentire la tristezza o può sentire l'ansia in maniera diversa, ok?quindi di questo non ti preoccupare. Ti faccio queste domande perché è importante che tu quando ti trovi in queste situazioni che per te sono fonte di forte disagio capisca bene come è fatto questo disagio. Come è fatto, tu come ti senti sei triste, sei ansioso, sei contento e come la senti questa tristezza, questa contentezza, questa ansia; come te ne sei accorto; perché quello che è importante è che tu impari a riconoscerlo, ok?per riconoscerlo lo devi sapere prima come è fatto

P: io non lo so bene come è fatto, non ho mai fatto indagini su di me

T: va bene, ma noi F. stiamo qua per questo, non mi aspetto che da un giorno all'altro mi dia una risposta molto particolareggiata

P: va bene

T: questa cosa è importante perché è importante che tu ti renda conto di come tu sei e di come tu ti senti; allora io quando mi sono trovato in questa situazione, in questa gita con questo ragazzo e non sapevo che cosa dire, mi sembrava di non riuscire a relazionarmi, mi sembrava neanche con tutti gli altri che erano in gita e invece vedevo che le altre persone parlavano tanto tra di loro e sapevano come fare, io non mi sentivo capace come gli altri e mi sentivo inadeguato, ok? E l'inadeguatezza come è fatta? Mi hai detto io ero triste e ansioso, ok? E questa tristezza e questa ansia come erano fatte? È importante perché se tu lo sai come sono fatte e tu lo sai come avvengono in te poi le capisci bene, le sai riconoscere bene ed è importante perché poi le riesci a ritrovare in tanti episodi; vedi per esempio l'episodio dell'università che ti ho detto prima io? L'hai dimenticato, l'hai dimenticato anche perché non hai capito bene come ti sentivi, se tu lo avessi riconosciuto forse te lo saresti ricordato meglio.

Esplicitazione dello schema di regolazione delle scelte per evidenziare la disfunzione di monitoraggio ed intervento su di esso per innalzare il livello di riconoscimento delle proprie emozioni e desideri:

Man mano che si procedeva con l'analisi degli episodi e si riusciva a delineare un migliore riconoscimento delle emozioni, anche se sempre difficoltoso, e soprattutto quando Ferdinando è stato maggiormente consapevole di ciò, si è proceduto, attraverso l'uso dello schema di regolazione delle scelte (come sopra esposto) ad illustrare chiaramente, ma con un linguaggio molto semplice, le difficoltà e a definire il focus della terapia in quel momento e le motivazioni.

Di seguito viene riportato l'intervento di spiegazione dello schema:

T: Allora Ferdinando, diciamo che tutte quante le persone hanno una loro personalità, un proprio modo di essere e in base a questo modo di essere, al modo in cui sono fatte, fanno anche delle scelte, decidere delle cose, come comportarsi su tante cose; allora, se noi al centro (vedi schemino che abbiamo fatto) ci mettiamo le scelte, quando noi dobbiamo fare

delle scelte è come se ci stanno tre pilastri, tre gambe che permettono ed intervengono nel prendere una decisione, nel fare una scelta;

P: ma una scelta quale scelta? una scelta qualunque?

T: di qualsiasi tipo; per esempio una cosa sono le regole, le regole comunque influiscono, le regole sono un po' tipo quello che ci è stato insegnato da piccoli, tipo: non si fa così, ti devi comportare in questo modo; corrisponde un po' all'educazione che ci è stata data, queste regole per esempio influiscono anche sulle cose più stupide della nostra vita, anche quello che noi per esempio scegliamo di ordinare al bar, se per esempio noi abbiamo ricevuto una regola per cui non dobbiamo mai bere niente di alcolico, quindi noi andiamo al bar e non ordiniamo una birra se siamo influenzati da questa regola

T: un'altra cosa sono gli altri, quello che dicono gli altri ci può influenzare tanto, se per noi è molto importante far sì che gli altri abbiano una buona opinione di noi, che ci vedano come delle brave persone, precise, che fanno sempre il loro dovere, delle persone che si impegnano, quindi è molto importante che gli altri non ci rimproverino, non ci critichino perché si farebbero una cattiva opinione di noi, perché penserebbero che abbiamo sbagliato, che non abbiamo fatto bene; allora tendiamo a dare molto peso a quello che dicono gli altri, tendiamo a cercare di fare di tutto perché gli altri ci possano giudicare positivamente. Ok? E poi c'è un'altra gamba, un altro pilastro che è fatto invece da quello che siamo noi, tipo è composto dalle emozioni che proviamo, è composto dalle opinioni che abbiamo, dai punti di vista. Ok? Secondo te Ferdinando, tra queste tre cose, qual è che in te è più sviluppata e quale, invece, è meno sviluppata?

P: questo e questo (le regole e gli altri)

T: perché? come mai? che cosa te l'ha fatto pensare questo?

P: seguo spesso i consigli dei miei genitori

T: questo che ti fa pensare? A che cosa lo hai collegato, alle regole?

P: sì

T: e rispetto a quest'altro che ti è venuto in mente?

P: mio cugino e a un amico

T: perché loro che cosa fanno?

P: dicono quello che devo fare

T: allora diciamo che è molto sviluppata questa parte qua (regole), perché ti preoccupi molto di seguire le regole, di come ti devi comportare, vuoi comportarti bene, rispettare le

cose, ti preoccupi di dire le cose perché altrimenti potresti offendere o potresti fare una cosa che non va bene, giusto?

P: sì

T: ti preoccupi abbastanza, e anche quando gli altri non seguono le regole tu la vivi come una cosa non giusta, quando per esempio mi dicevi che il professore ha messo delle cose che aveva detto che non avrebbe messo, in qualche modo il professore in quel momento aveva trasgredito una regola, giusto?

P: sì

T: quindi tu mi dicevi “non è giusta questa cosa”; quindi per te è molto importante questa cosa delle regole, e anche questa degli altri, per te sono molto importanti gli altri nel senso che è molto importante l’opinione che possono avere e far sì che sia una buona opinione e far sì che loro non ti critichino e non ti rimproverino o pensino che tu non ti sia impegnato abbastanza o non abbia fatto le cose bene, giusto?

P: sì

T: invece c’hai ragione che questo qui (emozioni) in te è poco sviluppato; è come se fossero tre muscoli che devono reggere questo organo delle scelte, quando un muscolo non funziona bene succede che gli altri devono impegnarsi di più per far sì che la struttura si regga lo stesso, quindi due diventano ipertrofici

P: questi due se parlassero direbbero all’altro “ma tu che ci stai a fare?”

T: bravissimo Ferdinando, ricordatela questa cosa perché è proprio così; in te è proprio così, è come “io che ci sto a fare?”, “io che emozioni ho, io non lo so neanche”, prima mi hai detto “io non le riesco a riconoscere, io sono confuso, non le capisco bene, è come se fossero tanti odori dei quali non riesco a capire la provenienza, giusto?

P: sì

T: è precisa questa similitudine che hai fatto, è proprio così, descrive precisamente come tu ti senti, la difficoltà che hai e questo dimostra che questo aspetto qui per te è proprio basso

T: poi le tue opinioni e i tuoi punti di vista, tu non è che non ce li hai, che non sei capace di averli, ma siccome comunque non sono neanche supportati dalle tue emozioni, perché tu non capisci bene nei momenti in cui ti succedono delle cose come ti senti e quindi non riesci a capire bene le tue emozioni questo ti rende difficile in quel momento quelle che possono essere le tue opinioni e i tuoi punti di vista; ma tu ce l’hai, lo sai quello che ti

piacerebbe fare o no; il problema è che poi non riesci a validarlo, non lo riesci a rendere esplicito prima di tutto a te stesso, perché ti senti inadeguato rispetto agli altri quando gli altri ti dicono qualcosa, giusto?

P: sì

T: perché quando gli altri ti dicono qualcosa non capisci bene come ti stai sentendo e quello che vorresti quindi queste cose non le riesci a mettere insieme, ma non perché sei stupido ma perché hai una difficoltà a capirle, non è una cosa rara tante persone hanno questa difficoltà. Quindi quello che dobbiamo fare Ferdinando non è tanto infischiarci delle regole perché le regole pure ci servono, non è che si può fare totalmente quello che ci pare, ci aiutano le regole; neanche infischiarci completamente di quello che dicono gli altri, perché noi comunque con gli altri ci viviamo, quindi un minimo a quello che dicono gli altri ci dobbiamo interessare; quindi quello che noi dobbiamo fare non è puntare su queste due cose ma puntare su quest'altra, sull'ingigantire questo muscolo, farlo diventare equilibrato come gli altri di modo che quando tu devi fare una cosa, devi prendere una decisione, devi decidere come studiare, devi decidere quello che ti piace fare, qualsiasi cosa Ferdinando, ci sia un'influenza pari da tutte e tre le parti; adesso l'influenza arriva solo da qua e da qua (regole e altri), perché questo qua (emozioni) tu non lo capisci bene ancora, quindi se noi facciamo sì che tu arrivi a sviluppare questo punto qua come sono sviluppati questi due diciamo che il sistema si è equilibrato

In base a questo intervento abbiamo potuto definire la difficoltà estrema a comprendere e a rappresentarsi le emozioni.

Questo ha permesso a Ferdinando di vedere anche graficamente questa sua caratteristica e di tenerla sempre ben presente nel lavoro terapeutico.

La raccolta degli episodi si è potuta indirizzare, da questo punto in poi, oltre che sull'analisi delle emozioni, obiettivo che rimane costante per tutta la terapia, anche sulla marcatura somatica delle situazioni. Ferdinando, cioè, migliorando la sua capacità di automonitoraggio ha cominciato ad identificare le emozioni piacevoli o spiacevoli nelle situazioni ed ad utilizzare questa informazione come indicatore per definire se quanto stesse accadendo corrispondesse ai propri desideri e scopi o meno e se fosse, o meno, una cosa interessante per lui.

Analisi del senso di inadeguatezza e del senso di non appartenenza ed esplicitazione del funzionamento di tali aspetti nella generazione dello stato d'ansia nelle situazioni sociali:

Dopo la lunga fase di intervento sulla disfunzione di monitoraggio, quando questo ha raggiunto un miglioramento accettabile, anche se il lavoro su di esso è rimasto costante e faticoso in ogni seduta, si è cominciato ad utilizzare l'analisi degli episodi con l'obiettivo di identificare chiaramente le emozioni associate al senso di inadeguatezza e al senso di non appartenenza, affinché Ferdinando riuscisse a caratterizzarle con la maggiore accuratezza possibile e potesse riconoscerle negli episodi. Inoltre, rispetto alla non appartenenza risultava necessario che Ferdinando avesse la consapevolezza che è una sensazione di diversità che fa parte di lui, con cui lui parte già prima di trovarsi in situazioni sociali.

Importanza fondamentale ha avuto l'esplicitazione del ruolo, effettuata attraverso lo schema sopra esposto, che tutti tali aspetti hanno nella generazione dell'ansia nel contatto interpersonale e delle conseguenze cognitive e comportamentali che possono derivarne.

T: Io ho ripensato alle cose che mi hai raccontato rispetto a tutti e due questi aspetti e ho visto che è molto ricorrente il fatto che tu vuoi essere molto preciso, ti trovi in difficoltà quando stai in mezzo agli altri ed è come se ci fosse un po' la paura di non essere capace, di non essere mai all'altezza degli altri per cui quando stai con le altre persone il non saper che dire, non saper che fare e mi dici, per esempio, "non sono uguale a loro" come se tu non fossi capace, c'è sempre un po' quest'idea e anche quando studi vuoi essere molto preciso affinché tu possa non sbagliare e quindi sentirti che sei stato capace. Dimmi se c'è qualcosa che dico che non ti torna.

P: no no è così

T: quindi mi sembra dalle cose che mi racconti, da come me le racconti visto che negli ultimi tempi sei diventato anche più bravo a raccontarmi le cose, non so se ti ricordi all'inizio che ti era difficile anche raccontarmi una cosa che ti era successa, per esempio dirmi dove ti trovavi che cosa stavi facendo e invece adesso me lo dici con maggiore facilità, hai sempre un po' di difficoltà però comunque me lo racconti; e dirmi che sensazioni provavi che emozioni provavi ti era molto difficile invece adesso riesci un po'

più a farlo anche se mi dici che per te le emozioni sono confuse però meglio rispetto a prima ci riesci a fare questo, quindi questo ci dà la possibilità di capire meglio quello che ti succede. Fermami se ti perdi, non capisci qualcosa, non sei d'accordo. Quindi io ho visto questo che comunque c'è sempre una forma che chiamiamo (vedi schemino) INADEGUATEZZA, di sensazione di inadeguatezza che tu hai di non essere mai all'altezza, di non essere capace, di non essere abbastanza bravo nelle situazioni, ok? e questo è come se tu ce l'hai sempre, è sempre presente te la porti sempre dietro. Poi se, per esempio, vogliamo prendere la difficoltà che tu hai rispetto alle relazioni sociali ci sta anche un'altra cosa, ti ricordi quando mi raccontavi di quando sei andato in gita e che mi dicevi che vedevi tutti gli altri che parlavano e tu non eri capace e avresti voluto essere come loro, oppure quando mi dicevi del gruppo musicale mi dici sì io sto male quando vado però già sto male da prima quando penso di doverci andare un po' perché penso che mi troverò in una situazione dove mi sarà difficile interagire con gli altri, un po' perché penso che sono rimasto indietro nello studio, quindi non sarò allo stesso pari degli altri; è come se ci fosse sempre, e su questo ho ripensato ad una cosa che mi hai detto tanto tempo fa, non so se ti ricordi, mi hai fatto un esempio con le matite e mi hai detto è come sei io stessi qua e gli altri stessero qua, e rispetto al gruppo, qualche colloquio fa, mi hai detto "è come se ci fosse un muro tra me e gli altri", non so se ti ricordi

P:si

T: è come se ci fosse una distanza e avevamo discusso un po' insieme del fatto che questa sensazione è un po' come quando ci troviamo con una persona estranea su un ascensore e ci dobbiamo fare venti piani e non sappiamo che dire e non sappiamo che cosa fare, ci eravamo detti che è una sensazione che assomiglia a questo e che è una sensazione che parte da prima che tu stia nel gruppo, come se tu sentissi una distanza con gli altri già da prima, come se non ti sentissi appartenente ad un gruppo, come se tu non avessi niente da condividere con gli altri; quindi succede che all'inizio c'è, per avere dei termini comuni la chiamiamo NON APPARTENENZA così sappiamo di cosa stiamo parlando, questa sensazione in te, che c'è sempre da prima, di essere molto distante dagli altri che tra te e gli altri c'è sempre come un muro; poi quando ti trovi per qualsiasi motivo a dover stare con gli altri ed incominci a pensare che non sai che dire e non sai che fare si sviluppa l'inadeguatezza, il senso di non essere capace.

T: fin qui d'accordo, tu le vedi queste cose?

P: non appartenenza e inadeguatezza non sono la stessa cosa?

T: no, la non appartenenza è come sentirsi molto distanti dagli altri, di non avere niente a che fare, l'inadeguatezza è quando invece stai insieme agli altri e cominci a pensare che non sai che dire e che non sai che fare, che non sei all'altezza. Ti torna?

P:si

T: dall'altro lato ci sta pure il fatto, che tu mi dici sempre, che comunque tu vuoi avere dei contatti sociali, vuoi avere degli amici; è un bisogno che tu hai, un bisogno che hanno tutte le persone, di voler stare insieme agli altri, quindi c'è anche il BISOGNO DI CONTATTI SOCIALI; nel momento che ci sono queste tre cose nel momento in cui tu stai insieme agli altri, se tu parti con una sensazione di sentirti diverso dagli altri che è come se ci sia un muro tra te e gli altri, poi quando ti ci trovi cominci a sentirti non capace, non all'altezza, non uguale agli altri, ma dall'altro lato tu vuoi tanto stare insieme agli altri perché per te è una cosa importante avere degli amici, avere dei contatti sociali; quando poi ti ci trovi tutto questo ti genera l'ANSIA che tu senti. Ok? Ti trovi?

P: si

T: l'ansia che tu senti, da come la racconti, è fatta dal tremore, peso allo stomaco, sensazione di scoppiare; quindi ti succede questo, ci sono questi elementi che ti fanno sentire in ansia quando stai con le altre persone e che succede che in quel momento tu vuoi cercare di essere capace, infatti mi hai detto che hai delle immagini in cui ti vedi capace in cui la persona che intrattiene gli altri, che fa delle battute, la persona simpatica, quindi in quel momento, mi hai raccontato, che cerchi di pensare a cosa puoi dire e cosa puoi fare e cominci a pensare tantissimo a queste cose, tanto che, spesso mi hai detto, che ti perdi quello che gli altri stanno dicendo, per esempio mi hai detto che eri andato al bar con gli amici dell'università ed hai cominciato a pensare a cosa potevi dire e fare, io ti ho chiesto di cosa stessero parlando loro e tu mi hai detto "non lo so"; perché tu pensando al che cosa dovevi fare, al fatto che non eri all'altezza e che dovevi trovare una soluzione a questa cosa ti eri perso tutto il contesto, tutto quello che succedeva. Quindi succede che quando ci sta quest'ansia o cominci a pensare tantissimo a quello che puoi fare e dire, cosa che si chiama IPERMONITORAGGIO, cioè cominci a controllare nella tua testa che cosa puoi fare e cosa puoi dire per essere all'altezza, che devi cercare un modo per essere capace, che devi cercare un argomento.

P: è una malattia psichica?

T: no no, è un modo che tu hai per poter riuscire in quel momento ad essere capace

P: e queste immagini?

T: è la stessa cosa, comunque in quel momento è un pensiero che si esprime in immaginazione. Succede, però, che cominciando a pensare in questo modo alla fine non riesci veramente, ti trovi in una situazione di forte disagio; quindi succede che in realtà tutto questo aumenta il senso di inadeguatezza, perché tu cominci a pensare a cosa puoi dire e puoi fare, ad un certo punto ci pensi e ci pensi ma non ci riesci a trovare una cosa da dire e questo fatto ti fa sentire ancora più inadeguato. Ti torna? ok?

P: sì

T: l'altra cosa che ti può far fare l'ansia è andartene via, non stare in quella situazione, evitare di stare là, può succedere, ma tendenzialmente tu vai in ipermonitoraggio. Ti trovi che questa cosa non ti aiuta ma ti fa sentire ancora più inadeguato?

Dopo avere reso chiari questi aspetti si è cercato di stare ancora per molte altre sedute sull'analisi degli episodi nei quali si potessero riscontrare tutti questi elementi, in modo che Ferdinando potesse acquisirne maggiore consapevolezza ed evidenziarne la ripetitività e pervasività in una vasta gamma di contesti.

Esplicitazione dello Schema Interpersonale e aumento della consapevolezza dell'attivazione dello schema nelle diverse situazioni e della sua pervasività, evidenziandone la ricorsività negli episodi narrativi per promuovere distanza critica (differenziazione) e migliore gestione dei cicli

Lo schema interpersonale è stato restituito a Ferdinando, a circa un anno dall'inizio della terapia, con il supporto dello schema riportato nel paragrafo sulla concettualizzazione del caso, ed anche in questo caso calandolo sulla persona e usando gli episodi narrativi riportati nel corso del tempo.

La gravità del caso non ha reso possibile muoversi in tempi più celeri, soprattutto perché si sarebbero raggiunte delle tappe in tempi non maturi per il paziente e in momenti in cui non aveva ancora raggiunto la piena consapevolezza degli steps precedenti, rischiando in tal modo di minare la relazione terapeutica ed il conseguente drop-out.

L'esplicitazione dello schema ha necessitato di una cura particolare nella scelta degli episodi da correlare e del linguaggio da utilizzare, in particolare perché a Ferdinando fosse chiaro che da un tale funzionamento scaturisse la sua sofferenza e non lo interpretasse come una critica nei suoi confronti ed un etichettamento di lui come "sbagliato", come si evidenzia nel seguente dialogo:

T: Io Ferdinando ti volevo far vedere una cosa che è comune a un po' tutte queste cose che abbiamo detto perché ci sta sempre un po'; è comune a quando abbiamo discusso del muscoletto che funziona di meno, a quando abbiamo discusso dell'inadeguatezza e a questa cosa che mi stai dicendo della banda.

T: ho pensato che è come se tu avessi una tua immagine di te, una rappresentazione di te stesso, come una persona che è inadeguata, perché non sa dire le cose non sa fare le cose non sa mai se ha studiato bene, e che non è capace di fare le cose, è come se ti senti sempre un po' in questo modo

P: sono inadeguato ed incapace

T: è come ti vedi, ti senti in difficoltà nelle situazioni, ti senti in difficoltà nello studio, mi dici adesso vado alla gita non saprò parlare, non saprò che dire, non saprò suonare

P: quindi sono inadeguato e incapace

T: Tu non sei così, tu ti vedi così, è un po' diverso , è come ti vedi tu, ok?

P: sì

T: invece quello che tu vorresti dagli altri, diciamo quello che è il desiderio, il desiderio che tu hai, è di essere accettato per come sei, essere capito dagli altri, essere validato e sostenuto nelle cose che fai, giusto?

P: sì

T: che succede, che tu vorresti tanto questa cosa di essere accettato, capito e sostenuto, però succede, hai vissuto sempre questa cosa, che se tu fai e ti comporti per come ti viene, per come sei tu, oppure se fai un errore, uno sbaglio, tu lo chiedi sempre se hai sbagliato a fare o a dire le cose e ti preoccupi e ti rattristi perché dici "ecco sbaglio sempre"; che cosa ti aspetti dagli altri? Mi dici sempre "ma mi sta facendo un rimprovero?", diciamo che dagli altri ti aspetti che ti rimproverino se sbagli, se fai qualcosa che non va, se ti comporti per come sei, è giusto?

P: sì, aggredito

T: allora, gli altri rimproverano, aggrediscono, criticano, giusto? Tu mi dici: “io cerco di fare tutto preciso così gli altri non mi possono dire niente, così non mi possono criticare”, oppure se sbaglio mi svalutano, non mi sostengono, mi dicono sei un imbecille come ti ha detto tuo padre quella volta, ti ricordi?

T: succede che in quel momento ti senti molto triste, la reazione tua quando succede questo, quando gli altri si comportano in quel modo qual è? Ti senti triste, imbarazzato, ti senti che hai sbagliato, che non hai fatto bene che in qualche modo hai fallito, fallimentare. E che cosa fai di solito? Puoi fare tante cose: quando tuo cugino ti critica ti dice “ma come stai studiando, non si studia così” per esempio tendi ad abbandonare la tua idea per abbracciare quella degli altri

T: un'altra cosa che potresti fare è questa che vorresti fare con il gruppo, perché tu saresti tentato di non andare a questa gita perché dici che vado a fare non parlo con nessuno, non so suonare, giusto? Quindi di evitare, l'evitamento

T: tutto questo Ferdinando è una cosa molto difficile da fare, perché se tu pensi che gli altri sono sempre meglio di te, che sono sempre migliori di te e quindi vuoi cercare di essere come gli altri, quindi abbandonare quello che pensi tu, il tuo metodo di studio per provare a fare come dice tuo cugino perché tu pensi che lui sia migliore e sa come fare, ovviamente ti fa sentire che tu invece sei una persona che non è capace; evitare per cui alla gita non ci vado perché non so che dire e non so suonare perché mi sentirò incapace rispetto agli altri, che sono inadeguato; tutto questo ti fa sentire inadeguato e non capace

T: io per questo ti ho fatto questo schemetto, per farti capire che tutte le cose che ti succedono, dallo studio al gruppo

P: ecco ho sbagliato, sbaglio ad approfondire

T: no Ferdinando, non hai sbagliato; non è sbagliato approfondire, ma è il motivo per cui lo fai, nel senso che tu lo fai perché non vuoi sentirti inadeguato e non vuoi sentirti non capace, lo fai perché così non ti possono dire che non sei stato capace; tu Ferdinando funzioni in questo modo in tutte quante le situazioni.

P: è un po' difficile questo schema

T: hai ragione, diciamo che tu non lo fai apposta, assolutamente, è un po' quello che tu hai vissuto

T: sentirsi come uno che non è capace, che è un imbecille, che sbaglia sempre, che qualsiasi cosa fa non va bene è proprio brutto, uno non è felice se si sente così; allora siccome è una cosa bruttissima uno deve cercare di fare di tutto per evitarla

P: e l'ipermonitoraggio è una conseguenza?

T: esatto Ferdinando; che posso fare per evitarla? O vado in ipermonitoraggio e comincio a pensare a tutto quello che potrei dire, mi perdo quello che succede intorno a me; oppure evito la situazione, come per la gita, è meglio che non ci vado così se non ci vado non mi sento così; oppure faccio le cose, vedi lo studio, come penso io e mi criticano e mi rimproverano e gli altri sono sempre tutti più capaci e io mi sento triste, imbarazzato, che sbaglio sempre e allora è meglio che faccio come dicono loro

T: adesso il fatto che noi abbiamo visto come funzioni, che tu lo sai ora è molto importante perché da adesso in poi quando ti succede qualcosa lo possiamo riportare a questo schema

La spiegazione dello schema con un supporto visivo è stata molto utile, in quanto ha permesso di percepire con più chiarezza il suo funzionamento.

Da questo momento in poi, essendo Ferdinando più consapevole di cosa gli accade nelle situazioni e più capace di individuarlo, si è potuto procedere con un'analisi più specifica ed orientata degli episodi narrativi, quindi si è cercato di rileggere i nuovi episodi accaduti nel corso delle settimane alla luce dello schema stesso al fine di comprendere la sua pervasività e ciclicità nelle varie situazioni della vita quotidiana.

Allo stato attuale, a circa un anno e tre mesi dall'inizio della terapia, ci si trova in questa fase; si cerca di evidenziare sempre di più la presenza dello schema e di evidenziare la pervasività. Nello stesso tempo si sta procedendo in direzione del prossimo obiettivo relativo alla capacità di differenziazione e al lavoro sui cicli interpersonali, cominciando a dare delle indicazioni che permettono di rilevare la reazione avuta negli episodi e di collegarla agli stati mentali problematici attivatisi, ma si è ancora alle primissime fasi.

2.8. Prevenzione delle ricadute

Allo stato attuale, trovandoci ancora a circa metà della terapia, non è possibile definire con chiarezza quali saranno le modalità per mezzo delle quali si affronterà la

prevenzione della ricaduta. Si può semplicemente ipotizzare che al raggiungimento di tutti gli obiettivi e dopo un certo periodo di tempo durante il quale si valuterà la capacità di mantenimento degli stessi, si renderà necessario procedere con booster sessions di controllo anche prolungate.

2.9. Esito

L'esito al quale ci si può riferire è quello attuale, effettuato al momento del raggiungimento della metà degli obiettivi prospettati.

Si può rilevare che tutti gli obiettivi sono stati fin qui raggiunti, il malfunzionamento nel monitoraggio ha subito un notevole miglioramento rispetto all'inizio della terapia e Ferdinando sta acquisendo una sempre maggiore consapevolezza del suo funzionamento; ma è necessario continuare a puntarvi sempre l'attenzione e a lavorare su questi aspetti in ogni seduta per poter consolidare un efficace mantenimento.

Cruciali si riveleranno gli obiettivi relativi alla gestione dei cicli interpersonali e alla disfunzione di decentramento per la definizione finale di buon esito.

Appendice I

Materiali forniti al paziente

Materiale fornito nella fase di trattamento sul riconoscimento delle emozioni per supporto nel miglioramento dell'alessitimia.

EMOZIONI	PAROLE CHE ESPRIMONO L'EMOZIONE
Rabbia	Pazzo, inquietato, adirato, risentito, irritato, esasperato, arrabbiato, furioso, turbato, alterato
Ansia	Preoccupato, timoroso, terrorizzato, preso dal panico, pauroso, spaventato, nervoso, apprensivo, inquietato, agitato
Imbarazzo	Stupido, impacciato, confuso, inadeguato
Senso di colpa	Pieno di vergogna, sentirsi in colpa, cattivo
Senza speranza	Scoraggiato, pessimista, disperato, impotente, sfiduciato
Solitudine	Abbandonato, solo, isolato, rifiutato, indesiderato, respinto
Tristezza	Dispiaciuto, giù, infelice, triste, melanconico, ferito, deluso, depresso
Stress	Sopraffatto, sotto pressione, stressato, teso, soffocato
Gioia	Soddisfatto, contento, allegro, felice, euforico

EMOZIONE	SENSAZIONI FISILOGICHE
PAURA	- Brividi - Rallentamento frequenza respiro - Rallentamento del battito cardiaco
ANSIA	- Tachicardia - Dilatazione pupillare - Spasmi muscolari - Aumentata sudorazione - Peso sullo stomaco
GIOIA	- Sensazione di benessere - Energia
RABBIA	- Sensazione di avvampare - Sensazione di diventare coloriti in viso - Aumento della frequenza del respiro - Aumento del battito cardiaco
TRISTEZZA	- Affaticamento - Stanchezza - Nodo alla gola

Valutare l'intensità delle emozioni



Massima intensità

terrorizzato
euforico
depresso

Media intensità

agitato
contento
triste

Bassa intensità

preoccupato
soddisfatto
scontento

ANSIA

GIOIA

TRISTEZZA

REGOLAZIONE EMOZIONALE SCHEDA 4

(segue)

LE PAROLE DELLA RABBIA

rabbia	disgusto	insofferenza	collera
irritazione	avversione	odio	risentimento
agitazione	invidia	ostilità	ritiro
fastidio	esasperazione	irritazione	disdegno
amarezza	ferocia	gelosia	rancore
disprezzo	frustrazione	ripugnanza	tormento
crudeltà	furia	cattiveria di spirito	vendicatività
distruttività	malumore	offesa	indignazione

Altre:

.....

.....

.....

Eventi che suscitano sentimenti di rabbia

Perdere potere.
 Perdere la propria posizione.
 Perdere il rispetto.
 Essere insultati.
 Vedere che le cose non si mettono come ti aspettavi.
 Esperire dolore fisico.
 Esperire dolore emotivo.
 Essere minacciati di sofferenza fisica o emotiva da qualcuno o qualcosa.
 Vedere interrotta, posticipata o impedita un'attività piacevole o importante.
 Non ottenere ciò che vuoi (e che un'altra persona ha).

Altre:

.....

.....

.....

Interpretazioni che suscitano sentimenti di rabbia

Prevedere sofferenze future.
 Sentire di essere stato trattato ingiustamente.
 Credere che le cose dovrebbero essere diverse.
 Credere rigidamente di avere ragione.
 Giudicare una situazione illegale, ingiusta o sbagliata.
 Ripensare continuamente all'evento, appena accaduto, che ha innescato la rabbia, o agli eventi del passato.

Altre:

.....

.....

.....

Esperire l'emozione della rabbia

Sentirsi incoerenti.
Sentirsi fuori controllo.
Sentirsi estremamente emotivi.
Avvertire tensione o rigidità nel corpo.
Sentire il tuo viso arrossire o diventare caldo.
Avvertire una tensione nervosa, ansia o disagio.
Sentirsi sul punto di esplodere.
Sentire tensione muscolare.
Stringere i denti, serrare la bocca.
Piangere; non poter frenare le lacrime.
Voler colpire qualcosa, battere violentemente il muro, voler lanciare qualcosa o farla "saltare per aria".

Altre:
.....
.....
.....

Esprimere e manifestare rabbia

Aggrottare le sopracciglia, non sorridere; avere un'espressione cattiva o spiacevole.
Digrignare o mostrare i denti in maniera ostile.
Fare smorfie.
Avere il viso rosso.
Aggredire verbalmente ciò che ha causato la rabbia; criticare.
Aggredire fisicamente ciò che ha causato la rabbia.
Insultare o maledire.
Usare un tono di voce alto, strillare, urlare o gridare.
Lamentarsi o parlare male di qualcuno. Parlare di quanto le cose vadano male.
Serrare i pugni.
Fare gesti aggressivi o minacciosi.
Colpire, lanciare o rompere oggetti.
Camminare pesantemente; uscire sbattendo la porta.
Covare rancore o ritirarsi dal contatto con gli altri.

Altre:
.....
.....
.....

Effetti secondari della rabbia

Restringimento dell'attenzione.

Curarsi solo della situazione che provoca la rabbia.

Rimuginare sulla situazione che suscita rabbia, senza essere capaci di pensare a nient'altro.

Ripensare continuamente ad altre situazioni che hanno causato rabbia in passato.

Immaginare di arrabbiarsi in situazioni future.

Depersonalizzazione, esperienze dissociative, ottundimento.

Intensa vergogna, paura, o altre emozioni negative.

Altre:
.....
.....
.....

LE PAROLE DELLA TRISTEZZA

tristezza	disperazione	afflizione	tormento
agonia	delusione	nostalgia	trascuratezza
alienazione	malcontento	perdita della speranza	rimpianto
angoscia	costernazione	dolore	rifiuto
annientamento	dispiacere	insicurezza	pena
sconfitta	turbamento	isolamento	sofferenza
abbattimento	avvilimento	solitudine	infelicità
depressione	cruccio	malinconia	male

Altre:
.....
.....
.....

Eventi che suscitano sentimenti di tristezza

Le cose si mettono male.

Ottenere ciò che non desideri.

Non ottenere ciò che desideri e ritieni necessario nella tua vita;

pensare a ciò che non hai avuto, pur desiderandolo o ritenendolo necessario.

Non ottenere ciò per cui hai lavorato con impegno.

Le cose si rivelano peggiori rispetto a quanto ti aspettavi.

Morte di qualcuno che ami; pensare alla morte dei tuoi cari.

Perdere una relazione; pensare a ciò che si è perduto.

Trovarsi lontano da qualcuno che ami o stimi; pensare a quanta nostalgia hai di qualcuno.

Essere rifiutato o escluso.

Essere disapprovato o detestato; non essere stimato dalle persone che ami.

Scoprierti impotente e senza aiuto.

Stare con qualcuno che è triste, ferito o in pena.

Leggere dei problemi degli altri o dei problemi del mondo.

Altre:
.....
.....
.....

Interpretazioni che suscitano sentimenti di tristezza

Credere che una separazione durerà a lungo o non avrà fine.

Ritenerti senza valore o indegno di stima.

Credere di non poter ottenere ciò che desideri nella vita, o ciò di cui hai bisogno.

Essere convinto di non avere speranze.

Altre:
.....
.....
.....

Esperire l'emozione della tristezza

Sentirsi stanchi, esauriti o privi di energia.

Sentirsi sonnolenti, svogliati; desiderare di trascorrere tutto il giorno a letto.

Sentire che niente può più dare piacere.

Avvertire una sensazione di dolore o di vuoto al torace o all'intestino.

Sentirsi vuoti.

Piangere, gemere.

Sentire di non poter smettere di piangere, o che se cominciassi a piangere non finiresti più.

Difficoltà di deglutizione.

Affanno.

Vertigini.

Altre:
.....
.....
.....

Esprimere e manifestare tristezza

Fare il viso corruciato, non sorridere.
Abbassare gli occhi.
Stare seduti o distesi; essere inattivi.
Fare movimenti lenti e "strascicati".
Avere una postura "cascante" e abbattuta.
Ritirarsi dai contatti sociali.
Parlare poco o per niente.
Usare un tono di voce basso, piatto, lento o monotono.
Dire cose tristi.
Arrendersi e non tentare più di migliorare le cose.
Avvilirsi, rimuginare o agire in preda al malumore.
Parlare a qualcuno della tristezza.

Altre:
.....
.....
.....

Effetti secondari della tristezza

Sentirsi irritabili, suscettibili o di malumore.
Vedere tutto nero; pensare solo agli aspetti negativi delle cose.
Criticare o colpevolizzare te stesso.
Ricordare o immaginare altre situazioni in cui sei stato triste, o altre perdite subite.
Atteggiamento improntato alla disperazione.
Non essere capaci di ricordare cose allegre.
Svenimenti.
Incubi.
Insonnia.
Disturbi dell'appetito e della digestione.
Struggersi e cercare ciò che si è perduto.
Depersonalizzazione, esperienze dissociative, ottundimento o shock.
Rabbia, vergogna, paura, o altre emozioni negative.

Altre:
.....
.....

LE PAROLE DELLA PAURA

paura	spavento	panico
apprensione	orrore	shock
ansia	isteria	tensione
angoscia	reattività	terrore
timore	nervosismo	disagio
inquietudine	oppressione	preoccupazione

Altre:

.....

.....

.....

Eventi che suscitano sentimenti di paura

Trovarsi in una situazione nuova o non familiare.

Essere soli (ad esempio, passeggiare da soli, stare da soli in casa, vivere da soli).

Stare al buio.

Trovarsi in una situazione che ricorda una circostanza passata in cui sei stato minacciato o ferito, o in cui siano accaduti eventi dolorosi.

Trovarsi in una situazione in cui un'altra persona sia stata minacciata o ferita, o abbia subito eventi dolorosi.

Altre:

.....

.....

.....

Interpretazioni che suscitano sentimenti di paura

Credere di essere rifiutati, criticati, disapprovati o non amati da qualcuno.

Ritenere possibile un fallimento; attendersi un fallimento.

Credere di non poter ottenere l'aiuto che desideri o di cui pensi di avere bisogno.

Credere di poter perdere l'aiuto e l'assistenza che hai.

Credere di poter perdere qualcuno o qualcosa che desideri.

Perdere il senso del proprio autocontrollo; ritenersi impotenti e incapaci.

Perdere il proprio senso di padronanza e competenza.

Credere di poter essere ferito o danneggiato, o di poter perdere qualcosa a cui tieni.

Credere di poter morire, o sentire la morte vicina.

Altre:

.....

.....

.....

Esperire l'emozione della paura

Sudare o traspirare.
Sentirsi nervosi, agitati o sovraeccitati.
Tremare o avere i brividi.
Lanciare sguardi o guardarsi continuamente intorno.
Sensazione di soffocamento, nodo in gola.
Mancanza di respiro, respirare velocemente.
Tensione muscolare, crampi.
Diarrea, vomito.
Avvertire un senso di pesantezza allo stomaco.
Sentire freddo.
Piloerezione.

Altre:
.....
.....
.....

Esprimere e manifestare la paura

Parlare in modo nervoso e timido.
Avere un tono di voce tremante.
Piangere o lamentarsi.
Gridare o strillare.
Chiedere o implorare aiuto.
Allontanarsi o scappare via.
Correre o camminare precipitosamente.
Evitare ciò di cui si ha paura o nascondersi.
Cercare di non muoversi.
Parlare poco, o rimanere senza parole.
Sguardo fisso.

Altre:
.....
.....
.....

Effetti secondari della paura

Perdere la propria capacità di messa a fuoco o disorientarsi.
Restare inebetiti.
Perdere il controllo.
Ricordare altre situazioni in cui si sia stati minacciati, o in cui le cose non siano andate bene.
Immaginare la possibilità di altre perdite o di ulteriori fallimenti.
Depersonalizzazione, esperienze dissociative, ottundimento o shock.
Intensa rabbia, vergogna, o altre emozioni negative.

Altre:
.....
.....
.....