

Indice

CAPITOLO I

DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ

<i>1.1 Inquadramento storico e teorico del disturbo</i>	4
<i>1.2 Quadro sintomatologico</i>	7
<i>1.3 Incidenza e prevalenza</i>	14
<i>1.4 Strumenti diagnostici</i>	15
<i>1.5 Teorie eziopatogenetiche</i>	18
<i>1.6 Principi di trattamento farmacologico</i>	24
<i>1.7 Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche</i>	25
<i>1.8 Prevenzione della ricaduta</i>	35
<i>1.9 Efficacia della terapia</i>	37
<i>Bibliografia</i>	38

CAPITOLO II

CASO CLINICO: MELISSA

<i>2.1 Invio, informazioni generali e aspettative del paziente</i>	42
<i>2.2 Assessment</i>	42
<i>2.2.1 Primo colloquio</i>	42
<i>2.2.2 Colloqui successivi</i>	45
<i>2.2.2.1 Profilo evolutivo</i>	45
<i>2.2.2.2 Storia di vita del paziente</i>	46
<i>2.2.2.3 Struttura e comunicazione intra-familiare</i>	48
<i>2.2.2.4 Modello di attaccamento</i>	49
<i>2.2.3 Interviste, test e questionari</i>	50
<i>2.3 Diagnosi finale secondo DSM-IV-TR</i>	55
<i>2.4 Concettualizzazione del caso clinico</i>	56
<i>2.5 Elementi del contratto terapeutico</i>	59
<i>2.6 Relazione terapeutica</i>	60
<i>2.7 Trattamento</i>	61
<i>2.8 Prevenzione delle ricadute</i>	71
<i>2.9 Esito</i>	72
<i>2.10 Follow up</i>	73
<i>Appendice I</i>	74
<i>Appendice II</i>	86

CAPITOLO III**DISTURBO EVITANTE DI PERSONALITÀ**

<i>1.1 Inquadramento storico e teorico del disturbo</i>	87
<i>1.2 Quadro sintomatologico</i>	89
<i>1.3 Incidenza e prevalenza</i>	93
<i>1.4 Strumenti diagnostici</i>	94
<i>1.5 Teorie eziopatogenetiche</i>	98
<i>1.6 Principi di trattamento farmacologico</i>	104
<i>1.7 Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche</i>	105
<i>1.8 Prevenzione della ricaduta</i>	119
<i>1.9 Efficacia della terapia</i>	120
<i>Bibliografia</i>	122

CAPITOLO IV**CASO CLINICO: FERDINANDO**

<i>2.1 Invio, informazioni generali e aspettative del paziente</i>	127
<i>2.2 Assessment</i>	127
<i>2.2.1 Primo colloquio</i>	127
<i>2.2.2 Colloqui successivi</i>	129
<i>2.2.2.1 Profilo evolutivo</i>	129
<i>2.2.2.2 Storia di vita del paziente</i>	131
<i>2.2.2.3 Struttura e comunicazione intra-familiare</i>	132
<i>2.2.2.4 Modello di attaccamento</i>	133
<i>2.2.3 Interviste, test e questionari</i>	134
<i>2.3 Diagnosi finale secondo DSM-IV-TR</i>	140
<i>2.4 Concettualizzazione del caso clinico</i>	140
<i>2.5 Elementi del contratto terapeutico</i>	144
<i>2.6 Relazione terapeutica</i>	145
<i>2.7 Trattamento</i>	148
<i>2.8 Prevenzione delle ricadute</i>	164
<i>2.9 Esito</i>	165
<i>Appendice I</i>	166

CAPITOLO I

DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ

1.1. Inquadramento storico e teorico del disturbo

L'attuale descrizione del Disturbo Dipendente di Personalità è focalizzata su una pervasiva ed eccessiva necessità di essere oggetto di affetto e di attenzione, cosa che fa sì che il soggetto assuma comportamenti che spingono gli altri in questa direzione.

La manifestazione essenziale del Disturbo è un comportamento dipendente, sottomesso, passivo che si associa a una marcata insicurezza e a una difficoltà a prendere decisioni autonomamente (Cassano et al., 2006).

Il primo a descrivere tali caratteristiche inquadrando come personalità “incapace e recettiva alle influenze esterne” fu Kraepelin nel 1913 e, successivamente, Schneider (1959) caratterizzò un tale tipo di personalità definendola “con volontà debole”. Risulta evidente, dalle definizioni espresse, che i due Autori, nelle loro descrizioni, si riferissero soprattutto agli aspetti di bisogno e di ricerca di sostegno esterno che danno luogo alla mancanza di determinazione e alla tendenza a delegare agli altri le proprie scelte e responsabilità.

In seguito, furono gli Autori di indirizzo psicoanalitico ad occuparsi della personalità dipendente. Dal punto di vista psicoanalitico, la personalità dipendente corrisponde al cosiddetto “carattere orale”. Le persone con questo tipo di carattere hanno bisogno di un continuo sostegno dal mondo esterno per la soddisfazione della loro necessità immediata; da qui l'atteggiamento tipicamente dipendente che rivela la fissazione nei rapporti infantili verso gli oggetti, per cui il mondo esterno è la fonte di qualunque tipo di gratificazione.

In particolare, secondo Abraham (1927) la fase dell'allattamento è stata, per questi soggetti, un'esperienza serena e piacevole, tanto da sviluppare in loro la convinzione che ci sarà sempre qualcuno disposto ad accoglierli ed a caricarsi delle loro responsabilità.

Gli stessi aspetti vengono presi in considerazione da Freud (1978) che ritiene che il depresso oralmente fissato abbia bisogni orali che si manifestano con la suzione, l'alimentazione e le richieste dell'espressione orale degli affetti. Quindi, il soggetto ha esperito un'identificazione patologica con l'oggetto d'amore attraverso il processo di incorporazione orale. Così, un conflitto interpersonale viene trasformato in un conflitto intrapsichico con il desiderio di divorare l'oggetto d'amore frustrante che viene girato all'interno e vissuto come depressione.

Quest'ultimo aspetto, relativo all'identificazione con l'oggetto da cui vogliono essere nutriti, è stato sottolineato anche da Fenichel (1945) nella sua descrizione della personalità orale; infatti, l'Autore descrive il depresso oralmente dipendente come un "dedito all'amore" e come poco determinato, fortemente influenzato dall'esterno e sempre alla ricerca di figure che possano ricreare l'ambiente sicuro vissuto durante l'allattamento.

L' "orientamento recettivo", tratteggiato da Fromm (1971), caratterizzato dalla credenza che il solo modo per ottenere ciò che vuole, sia in termini materiali che in termini di affetto, sia di riceverlo dall'esterno, evidenzia chiaramente la tendenza alla sottomissione, la fluttuazione dell'autostima in rapporto all'approvazione o al rifiuto degli altri ed il sentirsi persi se lasciati soli per il timore di non essere in grado di provvedere a se stessi.

Queste caratteristiche si ritrovano nella descrizione della Horney (1950) del "tipo compiacente che si muove verso gli altri", avendo un costante bisogno degli altri e della loro approvazione. In particolare, risulta presente la ricerca di un partner che sia amico, amante, marito, moglie, che deve soddisfare tutte le aspettative nelle più diverse circostanze della vita e prendersi la responsabilità.

Lo sviluppo successivo della teoria psicoanalitica ha esteso il concetto di oralità fino ai sentimenti generali di calore, nutrimento e sicurezza. L'affidamento della personalità dipendente sull'approvazione e sul supporto esterno per mantenere l'autostima rende la persona particolarmente vulnerabile alla depressione che si sviluppa dalla perdita dell'altro significativo.

Le considerazioni fin qui menzionate rendono evidente come, nella clinica e in letteratura, già nei primi anni cinquanta del novecento stessero prendendo forma le caratteristiche peculiari della personalità dipendente, risulta, quindi, abbastanza sorprendente che il disturbo di personalità di tipo dipendente sia stato solo brevemente

menzionato nel DSM I (APA, 1952), dove era classificato come un sottotipo del disturbo passivo-aggressivo e poi del tutto trascurato nel DSM-II (APA, 1980) nel quale lo si considera semplicemente come personalità “inadeguata”.

Importante, nell'inquadramento storico del DDP, risulta essere il modello della polarità di Millon (1969, 1981) in cui si rileva come, nella personalità dipendente, l'attenzione primaria debba essere posta sulle polarità degli altri e della passività. I dipendenti mostrano un maggiore impegno ecologico ad orientarsi verso gli altri, ricercano supporto, attenzione e protezione dagli altri; inoltre, in questi soggetti, si evidenzia anche uno stile adattivo alla ricerca, negli altri, di una guida e di supporto. Infatti, tale necessità non solo provvede al nutrimento e alla protezione, ma anche a mostrare come e quando raggiungere questi obiettivi di sicurezza affidando tutto agli altri, essendo essi privi di iniziativa e competenza. Successivamente, l'Autore distingue due livelli, uno comportamentale ed uno dell'immagine di sé; nei quali, rispettivamente, si evidenzia la docilità, la mancanza di assertività e il bisogno di cure con conseguente sottomissione e i sentimenti di inettitudine e di inadeguatezza.

Partendo da tali descrizioni di Millon, nel DSM-III (APA, 1987) è stata data una completa descrizione clinica a sé stante di questo tipo di personalità, che viene incluso tra i disturbi maggiori di personalità.

Rispetto agli orientamenti di tipo cognitivo, Beck nel 1974 descrive come centrale nella propria teoria della personalità la presenza di un set cognitivo negativo del dipendente caratterizzato da poca considerazione di se stesso, visione del mondo negativa e proiezione di sofferenze e frustrazioni continue nel futuro.

Più recentemente, Beck e Freeman (1990) hanno esteso tali formulazioni cognitive ad altri fattori predisponenti e precipitanti, includendo caratteristiche di personalità che possono portare alla depressione. Gli Autori propongono due modelli di personalità base, l'autonomo e il dipendente socialmente, e descrivono i rispettivi patterns di sintomi. Le persone del cluster socialmente dipendente dipendono dagli altri per sicurezza, aiuto e gratificazione e sono caratterizzati da accettazione passiva. Queste persone richiedono stabilità, prevedibilità e costanti rassicurazioni nelle relazioni. Il rifiuto è considerato peggiore della solitudine, quindi non viene preso nessun rischio che possa portare all'allontanamento dalla fonte di nutrimento (es. facendo valere se stesso con gli altri).

Similmente, i dipendenti sociali evitano di fare cambiamenti e di esporsi a nuove situazioni sentendosi mal equipaggiati a far fronte all'inaspettato. Inoltre, il sé è visto come debole ed indifeso in contrasto con la rappresentazione degli altri che vengono visti come competenti e capaci di dare protezione e di accudire.

Nel 1994 la quarta edizione del DSM inquadra chiaramente il DDP come condizione psicopatologica e la descrive statisticamente come tra le sindromi di personalità più frequenti.

Bornstein (1996) considera che le caratteristiche del DDP che sono state rilevate da tutti gli Autori precedenti, in particolare la stabilità di relazioni interpersonali disfunzionali, sia trasversale a molti disturbi di personalità; secondo l'Autore la discriminante si evidenzia nella modalità incontrollata e disadattava con la quale si manifesta la dipendenza nel DDP e cioè con forte timore dell'abbandono, costante ricerca di aiuto e passività.

Su questa linea troviamo Birtchell (1999) che considera la dipendenza nell'adulto alla stregua dell'attaccamento nei bambini e la caratteristica determinante per definirne l'aspetto patologico l'incapacità di stabilire una propria identità separata da quella delle figure di riferimento.

In tempi più recenti, Dimaggio e Semerari (2003) hanno cercato di includere nella loro teorizzazione sulla personalità, e quindi anche rispetto al DDP, i modelli di Millon (1999) e di Birtchell (1999) basandosi sui concetti di schema del sé, stati mentali, disfunzione metarappresentativi e cicli interpersonali. Tale modello sarà ampiamente discusso in seguito in quanto costituisce la base teorica del trattamento del caso presentato.

1.2. Quadro Sintomatologico

Il Disturbo di Personalità Dipendente è caratterizzato da comportamenti di sottomissione e dipendenza esagerati e persistenti. Si distingue per la necessità di approvazione sociale e di affetto e per la propensione a vivere in accordo con i desideri degli altri. I soggetti dipendenti si percepiscono come deboli, fragili e inefficaci; il riconoscimento della loro inettitudine e del loro completo affidamento sugli altri porta all'auto-annullamento e alla denigrazione. I loro bisogni vengono subordinati e la loro individualità negata, tanto che assumono un ruolo di assoggettamento, auto-sacrificio e di

pacificatori nelle relazioni con gli altri. La tensione sociale e i conflitti interpersonali vengono accuratamente evitati e gli eventi preoccupanti ridimensionati o semplicemente negati. Inoltre, essi diventano eccessivamente concilianti nelle relazioni fino al punto di sottomettere se stessi ad intimidazioni e abusi. Il tratto da cui trae origine questa modalità di gestione del rapporto interpersonale consiste in una soggettiva e pervasiva mancanza di fiducia nelle proprie capacità di affrontare le difficoltà della vita e di soddisfare in modo autonomo i propri bisogni. È la visione di sé come persone deboli ed inefficaci a farli dubitare di poter prendere giuste decisioni e di poter contare solo su se stessi per superare gli ostacoli, ed è la percezione di questa inadeguatezza che condiziona l'uso del rapporto interpersonale in termini patologici di sottomissione e dipendenza.

L'inadeguatezza che i soggetti con personalità di tipo dipendente vedono dentro di sé può provocare sentimenti di vuoto e paura della solitudine. Questi pensieri sono spesso gestiti attraverso l'identificazione, un processo che permette loro di sentirsi parte integrante di una figura di sostegno. Perdendo l'affetto e la protezione delle proprie figure di sostegno, si sentono esposti al vuoto della determinazione di sé; per difendersi da tale possibilità si uniformano ai desideri degli altri, fino a negare la propria individualità, cercando di rendersi tanto piacevoli che nessuno possa mai abbandonarli. La necessità di avere a disposizione un protettore è tale che a questa presenza viene sacrificato ogni sentimento di orgoglio e si rischia ogni possibile umiliazione, di conseguenza, tali soggetti, tendono ad avere un approccio disponibile ed oblativo.

Quando si trovano di fronte ad un possibile abbandono o ad un'effettiva perdita dell'altro importante, inizialmente queste persone possono reagire attaccandosi alla propria debolezza e a richieste di rassicurazione e supporto. In tali momenti sono probabili espressioni di auto-condanna e colpa, tali verbalizzazioni servono a sviare criticismi e ad evocare reazioni comprensive. I sentimenti di colpa possono anche essere agiti come manovre difensive per controllare scoppi di risentimento e ostilità, a causa della paura che questi loro sentimenti sottostanti di rabbia possano provocare ulteriore allontanamento e punizione. Ogni critica e ogni interruzione di rapporto giudicato significativo sono seguite da pervasivi sentimenti abbandonici, come se non ci fossero alternative o possibilità di mediazione tra il non essere nessuno quando ci si ritrova da soli e il sentirsi di esistere solo attraverso la presenza direttiva e rassicurante di un altro.

Di seguito viene esposto un quadro generale costituito da 8 aspetti specifici che schematizzano le forme descrittive diagnostiche prototipiche del DDP (Millon, 1999).

- **COMPORAMENTO ESPRESSIVO.** Tra i più importanti tratti dei dipendenti c'è la loro mancanza di fiducia in se stessi, una caratteristica evidente nella loro postura, voce ed abitudini. Tendono ad essere eccessivamente cooperativi ed acquiescenti, preferendo cedere e conciliare piuttosto che essere assertivi. Sono spesso visti come generosi e cortesi e a volte indebitamente mortificati e ossequiosi. Sotto il loro calore e affabilità potrebbero trovarsi aspetti lamentosi per assicurarsi accettazione e approvazione; questi bisogni si possono manifestare specialmente in condizioni di stress. È probabile che in quei momenti i dipendenti possano mostrare evidenti segni di impotenza e di comportamenti di attaccamento. Possono attivamente sollecitare e supplicare per avere attenzione ed incoraggiamento. Un tono depressivo spesso colorerà il loro umore e possono divenire chiaramente malinconici.

- **CONDOTTA INTERPERSONALE.** I soggetti dipendenti trovano pochi rinforzi dentro di sé e sentono di essere inetti e impediti e, quindi, carenti delle abilità necessarie per assicurarsi i loro bisogni. Gli altri sono visti come coloro che posseggono il talento e l'esperienza necessarie per ottenere le ricompense della vita. Date queste considerazioni, concludono che è meglio rinunciare alla responsabilità personale per lasciare fare agli altri e porre il proprio destino nelle mani degli altri. Per ottenere i loro scopi, i dipendenti imparano ad attaccarsi agli altri, a sottomettere la propria individualità, a negare i punti di differenza, ad evitare le espressioni di potere e a chiedere poco altro che accettazione e supporto – in altre parole, ad assumere un atteggiamento di impotenza, sottomissione e conformità. Inoltre, agendo in modo debole, esprimendo dubbi su se stessi, comunicando un bisogno di rassicurazione e dimostrando volontà di rispettare e sottomettersi tendono ad elicitare il nutrimento e la protezione che cercano.

- **STILE COGNITIVO INGENUO.** Caratteristica dei dipendenti che limita la consapevolezza di se stessi e degli altri ad una sfera ristretta. Restringono il loro mondo e sono poco obiettivi rispetto alle difficoltà che li circondano. Dal punto di

vista introspettivo, i dipendenti tendono ad essere ingenui, poco percettivi e acritici. Sono inclini a vedere solo il buono delle cose, il lato piacevole di eventi preoccupanti.

- VISIONE INETTA DI SE STESSI. I dipendenti vedono se stessi come individui deboli e inadeguati, fragili quando si sentono soli o abbandonati e generalmente incapaci di fare le cose da soli senza il supporto o la guida degli altri. Non solo mancano di fiducia in se stessi, ma hanno una tendenza a minimizzare le loro competenze, le loro credenze e i loro risultati; vedono se stessi con limitato valore rispetto agli altri, ma preferiscono questa immagine perché poche richieste vengono fatte a persone inadeguate, che sono quindi spesso abili a sollecitare il supporto e la protezione che desiderano. Da un'altra prospettiva, i dipendenti si vedono come premurosi, rispettosi e cooperativi, modesti nelle loro aspirazioni. Indagando più da vicino, tuttavia, è probabile rilevare forti sentimenti di inadeguatezza personale e insicurezza, nonché la tendenza ad evidenziare i loro fallimenti e difetti. Quando si comparano agli altri, minimizzano i propri risultati, sottovalutano le loro capacità, notano la loro inferiorità e si assumono la colpa degli eventi. Clinicamente, questo pattern di auto-biasimo può meglio essere concepito come una strategia dalla quale i dipendenti ricevono la garanzia di non essere indegni e non amati, quindi serve loro come strumento per evocare approvazione e lode.

- IMMATURA RAPPRESENTAZIONE DELL'OGGETTO. Il contenuto del mondo intrapsichico dei soggetti dipendenti sembra essere formato da idee non sofisticate, ricordi incompleti ed aspirazioni elementari. Possono essere ammiranti, amorevoli e disposti a dare tutto, in quanto solo internalizzando il ruolo del totalmente sottomesso e fedele possono essere sicuri di evocare consistente cura e affetto. Molti possiedono una radicata capacità di esprimere tenerezza e considerazione, elementi essenziali nel possesso sugli altri; sono capaci, quindi, di dare ai loro partners "superiori" la sensazione di essere utili, simpatici, più forti e competenti – esattamente i comportamenti che cercano nei loro compagni.

- MECCANISMO DI REGOLAZIONE INTROIETTATO. L'inadeguatezza che i dipendenti vedono in se stessi può provocare sentimenti di vuoto e di terrore di

rimanere soli. Questi pensieri terrifici sono spesso controllati dall'introiezione, un processo per mezzo del quale internalizzano le credenze e i valori degli altri, immaginandosi come con una figura supportante. Alleandosi con le competenze dei partners possono evitare l'ansia evocata dal pensiero della loro impotenza. Non solo sono sollevati da illusioni di condivisione di competenze ma, attraverso l'incorporazione, possono trovare conforto nella credenza che l'attaccamento che hanno costruito è solido e inseparabile. I meccanismi di negazione caratterizzano anche lo stile difensivo dei dipendenti: sono sempre attenti ad ammorbidire la tensione e il disagio interpersonale coprendo o minimizzando eventi fastidiosi.

- ORGANIZZAZIONE MORFOLOGICA INIZIALE. Nei dipendenti la struttura morfologica del mondo intrapsichico non ha sviluppato un'adeguata capacità di controllo della regolazione, di conseguenza ciò che posseggono rispetto a questo aspetto sono o le competenze prese in prestito attraverso l'introiezione o un mix di abilità di coping relativamente sottosviluppate e indifferenziate. Sebbene capaci di funzionare adeguatamente quando alleati o strettamente connessi agli altri che possono funzionare per loro, i dipendenti sono solo debolmente efficaci nel coping su loro stessi.

Agendo in modo debole ed inferiore, i dipendenti che effettivamente si liberano delle responsabilità sanno che devono assumersele, ma non lo fanno ed utilizzano l'auto-deprecazione per evocare simpatia e attenzione dagli altri. Questo tipo di atteggiamento li porta, però, a sperimentare il senso di colpa che è per loro difficile da tollerare e, di conseguenza, possono negare queste emozioni e le strategie ingannevoli che impiegano. Allo stesso modo, possono coprire le loro necessità di essere dipendenti attraverso la razionalizzazione della loro inadeguatezza, cioè attribuendosi qualche malattia fisica, circostanze sfortunate o simili e per prevenire la condanna sociale stanno attenti a frenare i loro impulsi assertivi e a negare i sentimenti che possono provocare critiche e rifiuto.

- UMORE/TEMPERAMENTO PACIFICO. Quando le cose procedono bene nella loro vita, i dipendenti tendono ad essere animati, teneri e non competitivi, evitando timidamente le tensioni sociali e i conflitti interpersonali. Tuttavia, questo umore

pacifico lascia il posto, in condizioni di rifiuto e di abbandono, a sensazioni di insicurezza, pessimismo, scoraggiamento e sconforto.

A quanto sopraddetto si devono aggiungere altri due aspetti importanti: la tendenza ad essere particolarmente vulnerabili alle critiche e alla disapprovazione, dato che ogni atteggiamento altrui presunto o reale in questa direzione, per minimo che sia, non fa che rafforzare la visione negativa di sé anziché suscitare una posizione assertiva e il terrore all'idea di rimanere soli, in seguito al quale si adattano a fare cose che ritengono sbagliate, pur di non risultare minimamente sgraditi.

Più recentemente, Nicolò et al. (2011), hanno evidenziato un ulteriore fattore presente nel DDP: 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 e presenza di un ampio quadro di sintomi; caratteristiche tipiche della maggior parte dei disturbi di personalità. Nello specifico, rispetto a DDP, caratteri legati all'alessitimia possono essere riferiti alla scarsa auto-direzionalità e alla scarsa compensazione della dipendenza (Grabe et al., 2001).

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 DDP, e che un'ampia fetta di pazienti diagnosticati con DDP presenta anche alessitimia. Una spiegazione di questo potrebbe essere legata al fatto che le persone dipendenti possono essere tanto focalizzate sulle valutazioni degli altri da prestare poca attenzione agli stati interni, arrivando a sperimentare alessitimia. Inoltre, al di là di quanto ritenuto fin d'ora, si è evidenziato (Nicolò et al., 2012) come, per il DDP, l'alessitimia non costituisca un aspetto stabile, ma sia fortemente legato alla presenza di depressione, frequente nel disturbo. Gli Autori ritengono probabile che nel DDP ci sia la presenza di consapevolezza dei propri stati interni, ma nel momento in cui il soggetto percepisce la possibilità di un abbandono, diventando depresso, perde tale consapevolezza orientandosi esclusivamente a cercare di capire le intenzioni degli altri; inoltre, quando l'abbandono si presenta come

evento reale, portando alla depressione, il soggetto può sperimentare stati di confusione e disregolazione emotiva perdendo la capacità di descrivere gli stati interni.

Seguendo tali indicazioni un'altra ipotesi, che necessita di approfondimenti, potrebbe essere quella di considerare gli aspetti depressivi come centrali e sostanziali nel DDP e che, tali aspetti, possano avere come correlato, strettamente connesso, il carattere alessitimico.

Data la loro elevata suscettibilità all'ansia da separazione, le personalità dipendenti sono facilmente esposte a sperimentare svariate sindromi croniche. Frequentemente, il sottostante pessimismo di questi individui li porta ad una cronica ma lieve depressione o distimia e possono insorgere una depressione maggiore o un attacco di panico. Occasionalmente, le personalità dipendenti possono attuare un tentativo disperato di contrastare o di negare i sentimenti emergenti di perdita di speranza e di depressione attraverso una temporanea inversione del loro tipico stile passivo e sottomesso con attività ipomaniacale, eccitamento ed ottimismo; tale cambiamento drammatico nell'espressione affettiva può assomigliare ad un disturbo bipolare.

Questo quadro su esposto viene riassunto nel DSM-IV-TR (2000) con la descrizione del disturbo come una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come evidenziato da cinque (o più) dei seguenti indicatori:

- 1) ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza richiedere una eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni.
- 2) ha bisogno che altri si assumano le responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita.
- 3) ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione. **Nota** Non includere timori realistici di punizioni.
- 4) ha difficoltà ad iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia).
- 5) può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli.

- 6) si sente a disagio o indifeso quando è solo per timori esagerati di essere incapace di provvedere a se stesso.
- 7) quando termina una relazione stretta, ricerca urgentemente un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto.
- 8) si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato a provvedere a se stesso.

1.3. Incidenza e prevalenza

Da una rassegna di studi condotta da Torgersen (2008) si stima che la prevalenza del DDP sia tra l'1% e l'1.5%.

In una ricerca epidemiologica Loranger (1996) ha confrontato età, sesso e comorbilità nel DDP rispetto ad altri disturbi di personalità ed è emersa una maggiore frequenza nel sesso femminile ed in soggetti con una età media superiore ai quarant'anni. Altri studi, invece, come quello condotto da Torgersen et al. (2001) non ha rilevato nessuna variazione legata all'età relativamente al DDP, mentre si conferma la maggiore presenza nel sesso femminile e più spesso tra persone separate e che vivono da sole.

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, disturbo di panico e disturbo d'ansia generalizzato presentino maggiore frequenza di associazione con il DDP, come rilevato dal DSM IV; al contrario, è interessante notare come, secondo lo studio di Loranger (1996) tale disturbo sia maggiormente associato con depressione maggiore e disturbo bipolare. Da evidenziare è anche il rilievo fatto rispetto alla non presenza di una forte associazione con le dipendenze da alcool o droghe che sembrano, invece, prevalenti in altri disturbi di personalità come borderline o antisociale (Dimaggio, Semerari, 2003).

Altri studi, come Zimmerman e Coryell (1989) hanno riportato una maggiore associazione con i disturbi dell'alimentazione: il 53% di pazienti anoressiche ed il 46% di pazienti bulimiche presentano un'associazione con il DDP.

1.4. 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, 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 items 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 l'indecisione, la difficoltà ad assumere iniziative autonome e, quindi, il ricorso ad aiuti ed interventi esterni, si collochino esclusivamente nel contesto e siano interpretabili 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, sia persistente nel tempo, sia episodico come il Disturbo di Panico; il disturbo cognitivo fondamentale, rappresentato dalla preoccupazione apprensiva eccessiva e focalizzata su qualche specifico ambito di vita, può comportare atteggiamenti e comportamenti di dipendenza che hanno come scopo ed obiettivo la rassicurazione e la temporanea riduzione delle quote ansiose.

Nel caso dei pazienti con attacchi di panico, in progressione con lo sviluppo e l'aggravamento delle condotte di evitamento, la dipendenza da una o più persone, che vengono individuate come punto di riferimento e di appoggio, rappresenta quasi una regola; di conseguenza, è piuttosto difficile riuscire a distinguere quanto ci si trovi di fronte a conseguenze dirette del Disturbo d'Ansia e quanto invece la dipendenza e la sottomissione rappresentino una struttura personologica maladattiva ad esso preesistente.

1.5. 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 ed 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 DDP, si ritrova un'oscillazione degli schemi del sé da una modalità nella quale si evidenzia un "sé competente", caratterizzato da un'immagine di sé positiva ed adeguata immersa in uno stato di autoefficacia, ad una modalità di "sé inadeguato e fragile", caratterizzato da sensazioni di inadeguatezza ed inefficacia che si modificano a seconda del contesto interpersonale del momento e da sensazioni di minaccia, abbandono e perdita legate al non sentirsi capace di affrontare le situazioni in maniera autonoma e al non trovarsi costantemente nella mente dell'altro.

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 DDP si possono riconoscere 4 tipi di stati mentali vissuti dal soggetto:

- Lo "Stato di Autoefficacia" è lo stato nel quale il soggetto si trova in un momento caratterizzato dal procedere in modo positivo di una relazione stabile, ovviamente costituita da dipendenza egosintonica; in questo stato, desiderato, di assoluto benessere, il soggetto riesce a mantenere una visione di sé come competente e non riesce neanche ad immaginare una possibile rottura della relazione. Un paziente non arriverà mai a richiedere una terapia quando si trova in tale stato mentale.
- Lo "Stato di Vuoto Disorganizzato" è caratterizzato da cognizioni relative alla perdita e all'abbandono, infatti, lo si ritrova soprattutto nei momenti in cui si è verificata, nella vita del soggetto, la rottura di una relazione; inoltre, è spesso

accompagnato da assenza di desideri, fattore che può evidenziare la presenza di una sintomatologia di tipo depressivo, ma, oltre a questo, si potrebbero rilevare anche dei veri fenomeni di derealizzazione e depersonalizzazione.

- Lo “Stato di Overwhelming” si evidenzia per la presenza di confusione e bassa autostima a causa dell’incapacità di selezionare uno scopo e di pianificare l’azione per raggiungerne il compimento. Il soggetto si trova, infatti, in un momento in cui è sovraccaricato dalle sollecitazioni che gli arrivano da diverse figure di riferimento e che spesso sono contraddittorie tra loro; a causa della paura della perdita non riesce a prendere una posizione autonoma con la conseguenza di sentirsi oppresso.
- Lo “Stato di Coercizione” è costituito da emozioni quali ansia, rabbia e sensazione di ingiustizia subita in conseguenza delle sensazioni di coercizione che il soggetto prova nei legami interpersonali. Nello specifico, tale stato si concretizza nel momento in cui la persona sente incompatibilità tra i propri scopi personali, che sono presenti anche se non chiaramente rappresentati, e le aspettative degli altri verso le quali avverte la tendenza a doversi conformare; questo contrasto emotivo genera rabbia nei confronti dell’altro e tendenza ad azioni aggressive che vengono altamente controllate per paura di perdita della relazione, tanto che la rabbia può non essere riconosciuta e narrata solo come ansia. Qualora la persona riesca a ribellarsi al senso di coercizione, rapidamente insorgerà il senso di colpa e la paura della rottura del rapporto che la porteranno ad attuare strategie riparative al fine di non incrinare il rapporto stesso.

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 DDP è costituita dalla “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 in assenza della persona di riferimento (Carcione, Nicolò, Semerari, 1999). La disfunzione deve essere considerata un malfunzionamento di accesso alla coscienza e non costituita da assenza o da eccesso, come nell’overwhelming, di scopi (Semerari, 1999). Più specificamente, la disfunzione è dovuta ad una fragilità dei meccanismi di autoregolazione a causa della quale la persona può cadere o in uno stato di vuoto, dovuto ad assenza di scopi, o in uno stato di overwhelming, a causa di numerose sollecitazioni. La difficoltà di accesso ai propri desideri è notevole e, di conseguenza, il contesto e gli altri diventano preponderanti, tanto da portare la persona a fare un uso costante ed unilaterale del coordinamento interpersonale per scegliere e per perseguire degli scopi.

Ulteriori problematicità vengono evidenziate nella presenza della “Disfunzione di Integrazione”, infatti, nonostante le narrazioni dei soggetti con DDP siano, nella maggior parte dei casi, coerenti e chiare, 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.

La persona con DDP presenta una propria prospettiva egocentrica, “Disfunzione di Decentramento”, dalla quale è incapace di prescindere e che è finalizzata a mantenere la relazione, accompagnata all’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, la soluzione ai problemi interpersonali non consiste mai nella ricerca di una mediazione, ma nell’aspettarsi che il punto di vista altrui cambi per conformarsi al proprio e stabilire una coincidenza.

Questo aspetto va di pari passo con la “difficoltà di Comprensione della Mente Altrui” che in questi soggetti si può presentare o con forme altamente potenziate, tanto che sono capaci di anticipare i desideri degli altri e soddisfarli, facendo fronte in tal modo al malfunzionamento di rappresentazione degli scopi, o in forme fortemente deficitarie, tali che si rendono necessari comportamenti di richiesta pressante e di ricerca di rassicurazioni.

Meno frequentemente, si rende visibile anche una “Disfunzione di Monitoraggio”, legata al malfunzionamento nella rappresentazione degli scopi, per il quale è manifesta la non capacità di discriminare le proprie e altrui componenti cognitive ed emotive e di cogliere il nesso causale tra gli stati interni ed il contesto interpersonale.

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 nel coordinamento interpersonale.

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 autopertuano; rispetto al DDP si possono rilevare:

- **Ciclo Oblativo:** caratteristiche di questo ciclo sono la grande capacità che il soggetto ha di riuscire a capire e a soddisfare i desideri dell’altro e l’assimilazione come propri dei desideri e degli scopi dell’altro. Questo permette di mantenere la costante vicinanza dell’altro e di dare organizzazione alla propria esperienza, assumendo i desideri dell’altro, che non avrebbe a causa della disfunzione nella regolazione degli scopi. Tali modalità di relazionarsi, sul lungo termine, portano necessariamente a sperimentare o senso di costrizione o stato di overwhelming; in particolare, lo stato di costrizione porta il soggetto a poter attuare due diversi tipi di atteggiamento generati dai tentativi di ribellione a cui inevitabilmente indirizza: o proverà senso di colpa vedendo la sofferenza provocata nell’altro, si giudicherà in modo negativo e tenterà di ristabilire la relazione, o, quando l’altro mostri segnali di allontanamento, cadrà nello stato di vuoto che lo porterà a ristabilire la relazione. Ovviamente, entrambi i comportamenti conducono alla reiterazione del ciclo e al mantenimento del problema.

- **Ciclo Sado-Masochista:** si ritrova soprattutto in quei soggetti che sperimentano relazioni in cui l'altro sia fortemente dominante e con atteggiamenti maltrattanti quando si attuano tentativi di ribellione da parte del soggetto in seguito a stati di coercizione; questo, ovviamente, spingerà i soggetti con DDP a cercare di ristabilire la relazione e l'altro sentirà di aver aumentato il suo potere nella relazione e lo utilizzerà per far mantenere la sottomissione. La disfunzione nel decentramento porta i soggetti con DDP a ritenersi colpevoli dell'atteggiamento dell'altro ed il malfunzionamento nell'integrazione non permette loro di avere rappresentazioni coerenti di sé, dell'altro e della relazione.
- **Ciclo Caotico-Disregolato:** quando si presenta un ciclo di questo tipo si possono notare diversi tipi di comportamento e da parte del soggetto, che cercherà frequenti rassicurazioni a livello affettivo o la presenza costante dell'altro, e da parte degli altri significativi, che oscilleranno tra il mostrare la propria disponibilità e l'allontanarsi a causa delle richieste eccessive; di conseguenza, il soggetto passa da stati di autonomia, quando è sostenuto dall'altro, a stati di vuoto e di rabbia, quando l'altro si distanzia. Una simile situazione è dovuta, soprattutto, alla disfunzione nella capacità di comprensione della mente altrui presente nel DDP, infatti, le continue richieste sono generate dall'impossibilità di costruire una rappresentazione stabile della mente dell'altro.

In generale, il Modello Metacognitivo Interpersonale del DDP viene efficacemente descritto dalla seguente Figura 1.1., tratta da Dimaggio e Semerari (2003).

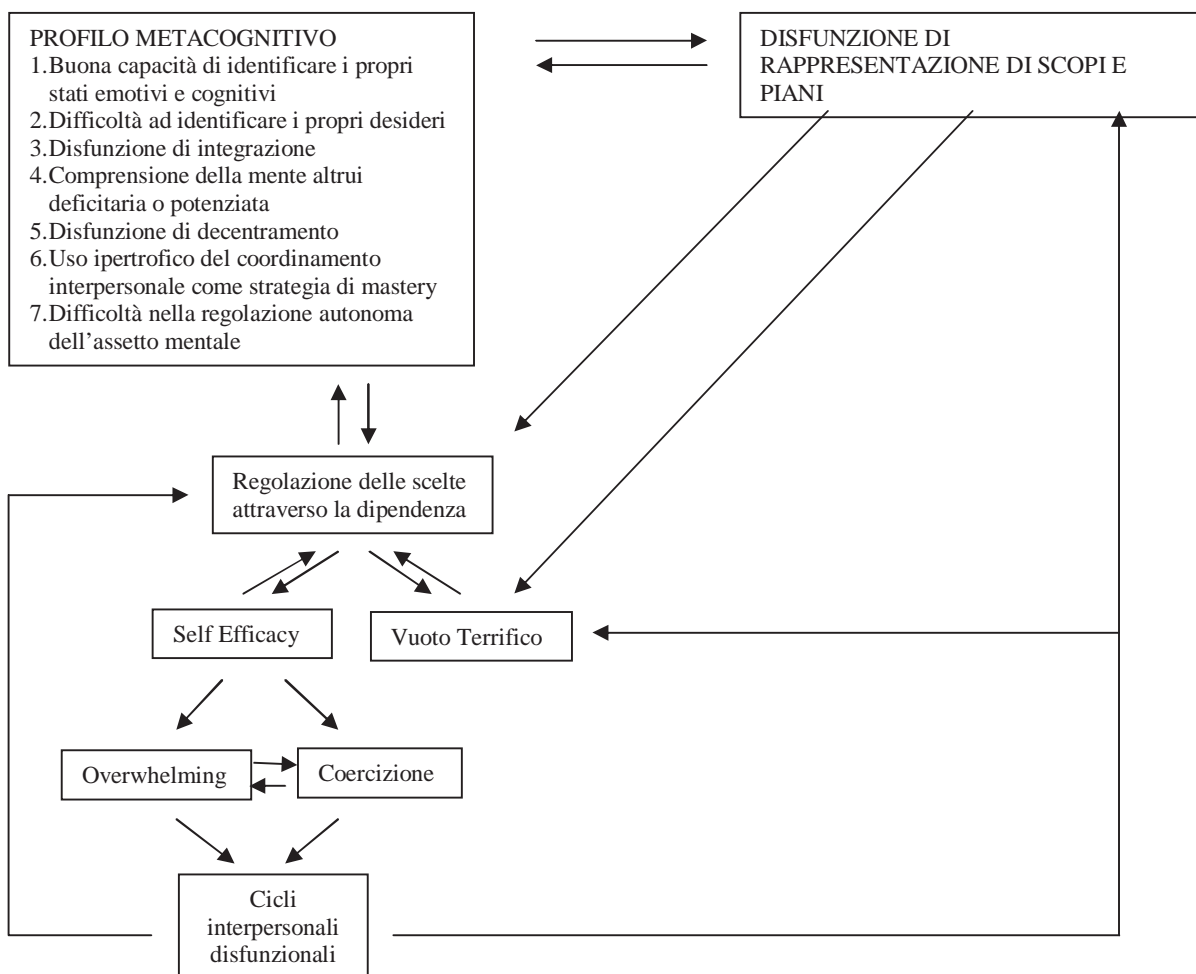


Fig. 1.1. Modello Generale DDP

1.6. Principi di trattamento farmacologico

Joseph (1997) ritiene che, per la terapia di un DDP, la combinazione di un approccio farmacologico e di un approccio psicoterapeutico porti ad esiti favorevoli per la possibilità che il farmaco dà al soggetto di giungere ad un rapido alleggerimento dei sintomi ansiosi o depressivi e, dall'altro lato, per la possibilità che la psicoterapia fornisce di ottenere sostegno e comprensione con l'obiettivo di giungere all'acquisizione di nuove e più adeguate strategie di coping.

Dello stesso avviso si mostrano Cassano e Tundo (2006) che ritengono spesso necessario integrare l'intervento psicologico con una terapia farmacologica mirata a contenere i possibili aspetti relativi all'ansia e alla depressione ed, in tal caso, consigliano l'uso di serotoninergici ed, eventualmente, benzodiazepine.

Seguendo Dimaggio e Semerari (2003), i risultati a favore di una terapia farmacologica del DDP sono abbastanza carenti, se non, come evidenziato anche da Joseph (1997), al fine di trattare la sintomatologia ansiosa o depressiva che, nella stragrande maggioranza dei casi, porta alla richiesta di un trattamento. In tale direzione, gli Autori, indicano l'uso di SSRI per sostenere l'intervento nei casi in cui siano presenti aspetti disforici, che possono condurre il soggetto ad attuare atteggiamenti astenici e di auto-invalidazione; al contrario, sostengono l'utilizzo di benzodiazepine per ottenere un miglioramento nella capacità di gestione di stati ansiosi, presenti in particolar modo nei momenti in cui il soggetto si trova in uno stato di overwhelming.

Oltre ciò, Millon (1999) riporta che i farmaci sopra elencati possono essere adottati non solo nelle fasi iniziali della terapia, ma anche successivamente quando il soggetto comincia ad assumere comportamenti autonomi; infatti, in tali fasi di maggiore consapevolezza, il soggetto acquista una percezione estremamente reale della possibilità di rifiuto o di abbandono e questo potrebbe esitare in forti stati ansiosi fino all'attacco di panico.

1.7. Principi di trattamento e tecniche psicoterapeutiche

L'intento principale del trattamento è rivolto all'interruzione dei circoli viziosi che si automantengono e che sono costituiti dagli stati mentali, dai cicli interpersonali disfunzionali, dai malfunzionamenti metarappresentativi 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 DDP, lo stato mentale del terapeuta può orientarsi o verso l’ipercoinvolgimento, dovuto alla tendenza del paziente a chiedere rassicurazioni e consigli, o verso l’irritazione, causata dalla passività del paziente. Esistono indicatori che possono permettere al terapeuta di capire che sta entrando in un ciclo disfunzionale, ad esempio la tendenza a dare consigli e suggerire scopi per rompere velocemente la dipendenza entrando, però, in un ciclo oblativo, la tendenza a distaccarsi per non creare una nuova dipendenza, la tendenza a compiere azioni maltrattanti verso il paziente a causa dell’irritazione legata alla passività o all’eccessiva accondiscendenza del paziente stesso.

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 DDP gli stati mentali tra cui è opportuno discriminare sono lo stato di vuoto depressivo, lo stato di vuoto disorganizzato, lo stato di ansia e lo stato di rabbia. 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 nell' "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 elicit 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 DDP è indispensabile che il paziente sia consapevole della propria difficoltà nell'identificare i suoi scopi e desideri e questo significa anche far comprendere che c'è un'eccessiva attenzione allo stato mentale dell'altro fino ad arrivare a confonderlo con il proprio, tanto che i desideri dell'altro possono diventare i propri desideri (Carcione, 2008).

- 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, 2001).

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. 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 DDP, quindi, l'intervento sarà indirizzato in modo particolare alla spiegazione del malfunzionamento di regolazione delle scelte. Tale illustrazione può essere condotta utilizzando il supporto grafico dello Schema di Regolazione delle Scelte (Fig. 1.2.) di Carcione e altri (1999).

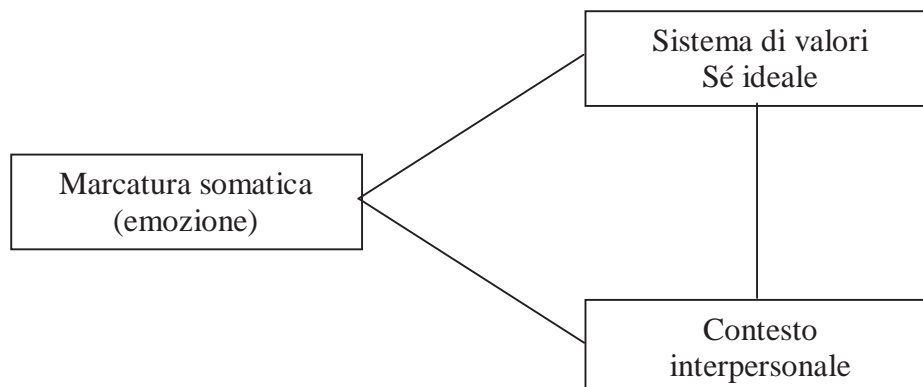


Fig.1.2. Schema Regolazione delle Scelte

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 ad una mancanza di cornice somaticamente marcata e, di conseguenza, a limitatezza emotiva e scarsa volontà di azione.

La scelta, però, è influenzata anche dal contesto nel quale la persona si trova ad agire ed è guidata dal sistema dei valori e dalla rappresentazione del sé ideale che ogni soggetto si crea.

Nella regolazione delle scelte, allora, diventa determinante il funzionamento costante e paritario di ogni componente; quando l'uso di uno o più componenti diventa insufficiente, gli altri tendono a diventare ipertrofici.

Nel DDP l'attenzione alla marcatura somatica è carente, invece, le intenzioni dell'altro vengono colte in modo molto preciso e vissute come sintoniche, in quanto danti forma ad un senso di identità coeso che altrimenti non avrebbero avuto. Il paziente sente propri gli scopi e gli obiettivi degli altri, finché la relazione si mantiene; infatti, quando la relazione si rompe tali scopi ed obiettivi perdono il valore che avevano acquisito.

È molto importante che il paziente sia consapevole di questo funzionamento e del ricorso eccessivo al contesto interpersonale per fare delle scelte, legato ad assenza di riconoscimento delle proprie emozioni e, quindi, ad un proprio senso di identità strutturato. Quando il paziente mostra di avere compreso tale funzionamento, si potrà evidenziarne la presenza nella gestione delle situazioni quotidiane di vita e rilevarne il legame con i diversi stati mentali che il soggetto si trova ad attraversare, in particolare con lo stato di vuoto.

La gestione autonoma dell'assetto mentale e la regolazione delle scelte vanno trattate attraverso l'incremento di adeguate "strategie di mastery"; in particolare il paziente dovrà essere condotto a costruire una nuova rappresentazione di sé che includa propri obiettivi e scopi a partire da abilità riconosciute come proprie discostandosi dall'uso massivo del coordinamento interpersonale. Nella maggior parte dei casi può essere utilizzata la marcatura somatica delle situazioni per valutare la concordanza tra i propri desideri e quelli del contesto interpersonale e dovrà essere favorita la negoziazione e il decentramento per la gestione dei conflitti interpersonali; meno indicato sembra essere l'intervento attraverso un training per l'assertività in quanto potrebbe portare a condotte disregolate oscillanti tra dipendenza ed eccessiva indipendenza. Quando i casi sono più gravi potrebbe essere complesso l'utilizzo del marcatore somatico e si potrebbe rendere necessario l'intervento attraverso piccoli esperimenti comportamentali, invitando il paziente a compiere piccole cose ogni giorno, scelte in maniera autonoma senza concordarlo con alcuno prima, e ad evidenziare la marcatura somatica presente nei momenti precedenti il compimento dell'azione.

- 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, Lysaker., 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 DDP: intervenire sulla disfunzione di integrazione, padroneggiare le esperienze di vuoto e di overwhelming.

- La disfunzione di integrazione deve essere mostrata al paziente, attraverso i racconti di episodi che egli riporta, evidenziandone il

legame con l'instabilità emotiva con conseguenti rappresentazioni di sé e degli altri molteplici e contraddittorie generanti confusione e caoticità che rendono difficile la gestione della relazione.

- Lo stato di vuoto può essere gestito dal paziente dapprima sapendo che in alcuni momenti egli ha la tendenza ad entrare in quello stato determinato e, poi, imparando ad individuare l'ingresso nello stato riconoscendo da quali emozioni e pensieri esso è accompagnato; quando tutto questo è avvenuto si può padroneggiare lo stato orientandosi all'azione, fare qualcosa, anche una cosa piccola, ma che permetta di riorganizzare lo stato mentale.

Nei casi lievi spesso la gestione dell'esperienza di vuoto può avvenire in modo spontaneo; il paziente può ricordare i dialoghi delle sedute, instaurare una conversazione immaginaria col terapeuta che consente di integrare l'esperienza e di organizzare un pensiero che impedisce di cadere nel vuoto. Nei casi più gravi ciò può non essere sufficiente ed occorre, quindi, promuovere strategie di mastery appropriate caso per caso che consentano la regolazione autonoma dello stato mentale (Carcione, Nicolò, Semerari, 1999).

- Il padroneggiamento dell'esperienza di overwhelming, stato in cui nel paziente coesiste una rappresentazione caotica di diversi compiti e scopi, è disfunzionale a causa di un malfunzionamento nella mastery che non consente di stabilire gerarchie di rilevanza tra gli scopi e di regolare l'assetto mentale (Dimaggio, Semerari, 2003). Importante, per portare il paziente ad una gestione di tale stato, è che, come per lo stato di vuoto, egli ne sia consapevole e ne riconosca i markers e poi che, nelle sedute, il terapeuta riesca a dare ordine e a stabilire le priorità esplicitando i criteri che indicano la rilevanza nella gerarchia. Oltre ciò, un'altra tecnica che si può utilizzare è quella definita "Strategia di Augusto".

- 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 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.

1.8. 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 DDP, che potrebbero veder riattivarsi lo schema disfunzionale relativo alla paura di essere lasciati soli e di non poter più avere una relazione di sostegno, pertanto, tale fase finale, dovrebbe essere ben preparata e discussa come parte del processo di terapia per poter prevenire la ricaduta e le emozioni e i pensieri negativi circa la fine del trattamento dovrebbero essere dichiarati ed esaminati.

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. Non solo, ed è questo un aspetto molto importante rispetto al DDP, il diradare le sedute su tempi più lunghi può dar modo al paziente di verificare com'è la sua vita senza il sostegno costante del terapeuta e di evidenziare le proprie capacità e progressi nella gestione autonoma delle relazioni.

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, potrebbero essere forniti materiali, quali schede riassuntive o esercizi specifici su particolari sfere problematiche, che possano essere da supporto nelle fasi di sgancio, fungendo quasi da promemoria degli aspetti trattati in terapia e da sostegno per il mantenimento dei miglioramenti ottenuti.

La Terapia Metacognitiva Interpersonale non prevede, allo stato attuale, uno specifico programma di prevenzione delle ricadute per il DDP, 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".

1.9. Efficacia della terapia

Non esistono in letteratura studi sistematici sul trattamento del DDP propriamente detto, mentre alcune caratteristiche generali riguardanti ad esempio le particolarità della relazione terapeutica col paziente con personalità dipendente 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 DDP (Fonagy e Roth, 2004).

Tale complicazione è riconducibile all'elevata comorbilità della patologia sia per i disturbi di asse I, con particolare riferimento ai disturbi d'ansia, all'anoressia e alla bulimia, sia per i disturbi in asse II; infatti, è infrequente trovare un paziente con diagnosi di DDP 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 comorbilità 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 2003).

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.

Bibliografia

- Abraham, K., (1927). *The influence of Oral Erotism on Character Formation*, in C.A.D. In Selected papers on Psycho-Analysis. London. Hongarth Press.
- 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.
- Beck A.T., Greenberg, R.L., (1974). *Coping with depression*. New York. New York Institute for Rational Living.
- Bornestein, R. F., (1996). *Dependency*. In Costello C. G. (a cura di), *Personality Characteristics of the Personality Disorders*. New York. John Wiley & Sons.
- Birtchell, J., (1999). *A New Interpersonal Theory and the Treatment of the Dependent Personality Disorder*, in Derksen J., Maffei C., Groen H. (a cura di), *Treatment of Personality Disorder*. New York. Plenum Publisher.
- 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., (2008). *Paziente ideale o paziente difficile? Il trattamento del disturbo dipendente di personalità*. In Dimaggio G., Semerari A. *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Roma. Laterza.
- 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). *Condivisioni e funzioni metacognitive: analisi di sedute psicoterapeutiche attraverso l'indice di condivisione e la S.Va.M.*. In Quaderni di Psicoterapia Cognitiva, 14, pp. 111-124.
- Dimaggio, G., Lysaker, P.H., et al., (2011). (a cura di) *Metacognizione e Psicopatologia. Valutazione e Trattamento*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- 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.
- Fenichel, O., (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York. Norton & Company. Trad. It., (1951) *Trattato di psicoanalisi delle nevrosi e delle psicosi*. Roma. Astrolabio.
- 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.
- Freud, S., (1978). *Inibizione, sintomo e angoscia*. Opere di S. Freud, vol. 10. Torino. Bollati Boringhieri.
- Fromm, E., (1971). *Dalla parte dell'uomo*. Roma. Astrolabio.
- Gilbert, P., (1992). *Human nature and suffering*. New York. Guilford.
- Grabe, H.J., Spitzer, C., Freyberger, H.J., (2001). *Alexithymia and the temperament and character model of personality*. In Psychotherapy and Psychosomatics, 70, pp. 261-267.
- Horney K., (1950). *Neurosis and Human Growth*. New York. Norton. Trad. it., (1981) *Nevrosi e sviluppo della personalità*. Roma. Astrolabio.
- Horowitz, M.J., (1987). *State of Mind. Configurational analysis of Individual Psychology. II ed.* New York. Plenum Press.
- Joseph, S., (1997). *Personality disorder: Symptom-focused drug therapy*. New York. Haworth Press.

- Kraepelin, E., (1913). *Psichiatria: Ein Lehrbruch*. Leipzig. Barth.
- Linehan, M.M., (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Il modello dialettico*. Milano. Raffaello Cortina Editore.
- 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, p207-221.
- Loranger, A.W., (1996). *Dependent personality disorder. Age, sex, and axis I comorbidity*. In Journal of Nervous and Mental Disease, 184, 1, pp. 17-21.
- Millon, T., (1969). *Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning*. Philadelphia. W. B. Saunders.
- Millon, T., (1981). *Disorder of Personality: DSM-III, Axis II*. New York. Wiley-Interscience.
- Millon, T., et al. (1997). *Manual for the MCMI-III*. Odessa. Psychological Assessment Resources.
- Millon, T., (1999). *Personality Guided Therapy*. New York. Wiley.
- 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
- 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.
- Schneider, K., (1959). *Clinical psychopathology*. New York. Grune e Stratton.

- Semerari, A., (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano. Raffaello Cortina.
- 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., (2008). *Epidemiologia*. 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.
- 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.
- Young, J.E., (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorder*. 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 II

Caso clinico: Melissa

2.1. Invio, informazioni generali e aspettative del paziente

Melissa ha 18 anni e frequenta il Liceo; si presenta spontaneamente, da sola, in quanto ha sentito parlare del Centro ed ha deciso di provare a chiedere un aiuto.

La problematica riportata è caratterizzata soprattutto da sintomi di tipo depressivo, quali tristezza, tono dell'umore basso, stanchezza e difficoltà nel portare avanti lo studio che si protraggono da circa 4 mesi e che le stanno rendendo difficile continuare a frequentare la scuola e gestire le relazioni con i coetanei. Inoltre, sono presenti anche problematiche a livello familiare dovute al non sentirsi capita dai genitori.

La richiesta è quella di avere un aiuto per poter ricominciare a studiare e riuscire a non “sentirsi più giù”.

2.2. Assessment

2.2.1. Primo colloquio

Melissa arriva al primo colloquio in uno stato, visibile, di tristezza; il suo atteggiamento è sommo, gli occhi guardano quasi sempre in basso e poche volte dirige lo sguardo verso di me, parla lentamente e a volume basso, ma nello stesso tempo si dimostra disponibile a rispondere alle domande.

Mi racconta di avere 18 anni e di vivere con i suoi genitori, di avere una sorella più grande sposata con la quale ha buoni rapporti, di frequentare il Liceo, ma che in questo periodo le cose nello studio stanno andando male tanto che dovrà recuperare, nel secondo quadrimestre, molte materie nelle quali ha avuto delle insufficienze e tanto da pensare di lasciare la scuola per trovarsi un lavoro. Riferisce che è sempre andata molto bene a scuola fino alle medie e che alle superiori ha trovato maggiori difficoltà, anche a causa

del fatto che lei avrebbe voluto frequentare un altro tipo di scuola, troppo distante dalla sua abitazione. Nei primi anni, però, anche se con difficoltà, è sempre riuscita ad essere promossa senza avere materie da recuperare, invece quest'anno le cose si presentano in modo diverso.

Riporta, quindi, mancanza di voglia di dedicarsi allo studio e difficoltà di concentrazione quando decide di dedicarsi; inoltre, si sente sempre “giù”, non le va di fare le cose e la sola cosa che fa è stare sola in camera sua ad ascoltare musica.

La narrazione mi appare confusa e caratterizzata da una serie di fatti dei quali, però, non riesco a mettere a fuoco le emozioni che si accompagnano, soprattutto quando cerco di capire se fosse successo qualcosa nei mesi precedenti che potesse aver causato il calo dell'umore; effettivamente, riporta di “stare male” a causa della rottura di un'amicizia, avvenuta proprio qualche mese prima, dovuta al fatto che l'amica si stesse legando ad un'altra ragazza non particolarmente simpatica a Melissa, e che le dispiace per questo. Si evince come tale amica sia molto importante per lei, in particolare perché le era stata vicina, qualche anno prima, quando Melissa aveva visto rompersi un'altra amicizia molto rilevante per lei.

Nella descrizione di questi rapporti di amicizia appare sempre una sorta di gratitudine verso le amiche per averla accolta alla loro amicizia e un mettersi sempre a disposizione per qualsiasi loro problema per sostenerle ed aiutarle, anche quando ciò va contro i propri desideri e necessità e le causa disagio, fino al sentirsi sfruttata per non ricevere sostegno a sua volta. Questo si può notare anche nel seguente ABC ricostruito verbalmente in prima seduta (Fig. 2.1.).

A- Situazione	B- Pensiero	C- Emozione Comportamento
Amica che mi chiama, anche di sera, mentre ho da fare delle cose mie e mi chiede di andare a casa sua.	<ul style="list-style-type: none"> - Non può chiedermi sempre le cose - Dovrebbe capire che non posso sempre - Quando chiedo una cosa io non è mai disponibile 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensazione di non voler fare quella cosa - Sensazione di essere sfruttata - Paura di perdere l'amicizia e il sostegno e le attenzioni che ne ricava - Comportamento: va dall'amica quando la

		chiama, trovando scuse con i genitori
--	--	---------------------------------------

Fig. 2.1. ABC prima seduta.

Come si nota è presente una grande difficoltà nel riconoscere e definire le emozioni che vengono riportate con giri di parole, in particolare non viene riconosciuta la paura dello scontro con l'amica, il senso di costrizione e la rabbia per dover fare qualcosa che non vuole e per non ricevere nulla in cambio; la sola che viene riconosciuta, in quanto preponderante e causata da una motivazione basilare è la paura di perdere il legame, di non essere più ricercata e, di conseguenza, di restare sola.

Il comportamento messo in atto, infatti, è di accondiscendenza per evitare le possibili conseguenze spiacevoli e la stessa motivazione la porta ad attuare nel gruppo di amici comportamenti non realmente desiderati (provare la cannabis, avere rapporti sessuali) esclusivamente per essere accettata.

Riferisce di essere riuscita a superare questa situazione solo quando ha conosciuto la nuova amica ed è riuscita, con il suo sostegno, a ribellarsi, ma adesso si stanno riproponendo le medesime circostanze ed, inoltre, l'amica si sta staccando da lei.

A questo punto propongo di fare altri incontri di valutazione testologica e altri colloqui per poter insieme definire meglio la sintomatologia e la problematica.

2.2.2. Colloqui successivi

2.2.2.1. Profilo evolutivo

Melissa ha sempre vissuto con i suoi genitori, madre operaia e padre artigiano, sempre molto presi dal lavoro, soprattutto il padre; vuole molto bene ai suoi genitori, ma ritiene che l'educazione ricevuta sia stata, fin da piccola, molto rigida.

Alcune problematiche cominciano ad essere presenti già da piccola, soprattutto quelle relative al senso di inferiorità, alla difficoltà a far parte del gruppo e alla capacità di esprimere il proprio pensiero agli altri.

A 16 anni per la prima volta incontra un'amica che la accoglie e la fa entrare nel suo giro di amici, lei si sente felice di questo, in particolare perché qualcuno le dà attenzioni, la accetta e non la prende in giro o critica per quello che è. Cominciano, però, a manifestarsi i primi comportamenti in direzione della dipendenza; inizia a fare cose che non vorrebbe, come provare la cannabis ed avere rapporti sessuali, cose delle quali si pente e si vergogna, solo per conformarsi al comportamento degli altri membri del gruppo e far sì che non la escludano.

La situazione emotiva comincia a degenerare in seguito alla scoperta, da parte della madre, dei comportamenti sopra descritti ed alla reazione di quest'ultima fortemente punitiva, offensiva e denigratoria che fanno cadere Melissa in un profondo stato di tristezza e senso di colpa e di dispiacere per non essere capita dalla madre e per aver perso il buon rapporto che aveva con lei, degenerato in continui litigi.

Nello stesso periodo inizia ad incrinarsi il rapporto con la sua migliore amica, infatti, Melissa prova senso di costrizione e rabbia nello stare con lei e nell'accondiscendere sempre alle sue richieste; inoltre, la paura della rottura del rapporto, e del rimanere senza amici, le impedisce di esprimere le sue posizioni e sentimenti e le causa tristezza e rabbia nei suoi stessi confronti.

La situazione migliora quando incontra una nuova amica con la quale instaura un rapporto basato sulle stesse dinamiche del precedente, che, però, in prima istanza, le dà la forza di imporsi sulla relazione amicale precedente, in quanto non rimarrà da sola, e la sostiene nel mantenere il rapporto con la madre che a poco a poco migliora.

Tutte le emozioni e le problematiche esposte si ripresentano a 18 anni, quando si paventa la possibile rottura dell'amicizia con la nuova amica; è importante notare come, in concomitanza con la rottura o la separazione da una figura di riferimento, lo scenario mentale ed emozionale di Melissa subisca dei repentini cambiamenti, sempre più difficili da gestire.

2.2.2.2. Storia di vita

La storia di vita è stata raccolta suddivisa per fasce di età.

0-5 anni

Da piccola ero molto solare ed espansiva, ma con gli amici ero anche molto introversa. Mi piaceva a volte stare in solitudine e parlare con mia madre, la migliore amica di questi miei primi anni di vita.

Ero abbastanza permalosa, me la prendevo anche solo per scherzi innocenti che, quasi sempre, finivano con prese in giro; continuando in questo modo non riuscivo mai ad aprirmi. Non avevo dei veri e propri amichetti, perché spesso mi facevano scherzi e mi picchiavano, mi prendevano in giro dicendomi che ero brutta e grassa.

Una persona che adoravo follemente era mio cugino, anche lui mi faceva degli scherzi, ma mi piaceva molto giocare con lui, forse perché mi trasmetteva la sicurezza che mi mancava.

Poi c'era mia sorella, di lei ero molto gelosa perché da piccola aveva fatto molte cose con mio padre, cose che lui non ha fatto con me, solo più tardi sono riuscita ad accettarla e adesso le voglio molto bene.

5-10 anni

Ho cominciato a fare di testa mia; a scuola litigavo con tutti i miei coetanei per le continue prese in giro, per me era una tortura andare a scuola e incontrare tutti i giorni delle persone così meschine. Le uniche persone che amavo erano mamma, papà, mia cugina, mia sorella e mio cugino; anche se non mi sentivo aiutata e compresa per le prese in giro e gli scherzi che subivo a scuola, mia madre mi diceva di difendermi da sola, ma senza muovermi mai io per prima perché è una cosa che non si fa e non va bene, ma quando ero piccola poteva anche intervenire.

Mi piaceva rimanere nella mia camera a riflettere e a dare spazio ai sogni, gli unici che mi permettevano di evadere da quella realtà che non mi piaceva per niente.

10-15 anni

In questi anni sono stata una brava ragazza. Stavo sempre a casa, facevo le pulizie, cucinavo, dovevo aiutare mia madre che lavorava e tornava stanca dal lavoro; facevo solo casa-scuola, infatti fino a 14 anni non potevo uscire molto, gli orari erano molto rigidi e non potevo fare quello che facevano le mie coetanee.

Andavo molto bene a scuola, siccome non ero capace di difendermi con i coetanei e anche i miei genitori mi vedevano come quella lamentosa, che piange sempre e non sa difendersi, come quella che non è capace, allora studiavo e andavo bene a scuola, perché sapevo che era una cosa che a loro faceva piacere ed almeno dimostravo di essere capace in qualcosa.

15-18 anni

Dai quindici anni fino ad adesso sono molto cambiata. Posso uscire di più, mi sono aperta molto ed ho amicizie più grandi di me. A sedici anni ho conosciuto una persona forte con grande carisma ma anche molti problemi, che diventa mia amica e mi fa entrare a far parte del gruppo ed ero contenta perché ero considerata e mi ascoltavano. Nel gruppo ho avuto i primi rapporti sessuali e ho provato le canne, ma una volta sola. Però poi mi sono pentita, perché non avevo voluto realmente fare queste cose, ma volevo fare quello che facevano gli altri.

Da quasi un anno sono fidanzata con un ragazzo che mi capisce e mi vuole bene.

Lo scorso anno nel gruppo ho conosciuto una ragazza che mi ha aiutato a rompere le amicizie che non andavano più bene ed è diventata la mia migliore amica, fino ad adesso.

2.2.2.3. Struttura e comunicazione intra-familiare

Già dall'infanzia Melissa è molto legata alla madre che passa più tempo con lei e che, fino all'adolescenza, è la sua confidente, anche se impone regole di comportamento fortemente basate sul rispetto degli altri, in particolare, degli adulti, indipendentemente dal contesto, per la trasgressione delle quali viene ampiamente sgridata, tanto da provare senso di colpa anche in situazioni nelle quali mostra di essere nel giusto, comportamento fortemente collegato con il timore di cosa possa pensare la gente.

La comunicazione, quindi, sotto questi aspetti risulta molto criticante e giudicante, mettendo sempre in evidenza gli aspetti negativi e di Melissa stessa e dei comportamenti inducendo dubbi, scarsa autostima e senso di colpa, qualora faccia secondo i propri desideri e gusti, e paura di rottura del legame. Altre volte, invece, la madre si mostra accogliente ed accettante, andandole incontro rispetto a cose che la figlia vorrebbe fare.

Il rapporto con il padre è sempre stato più difficile sia per l'assenza durante il giorno per motivi di lavoro sia per le rigide regole relative a permessi e comportamenti, a causa delle quali Melissa non si è mai sentita in linea con le coetanee, sia per la mancanza quasi completa di dialogo e di ascolto che la porta a ritenere "inutile parlarci, tanto non mi sta neanche a sentire ed è sempre tutto un no". La poca comunicazione è imperniata da critiche ed aspetti negativi che hanno l'effetto di suscitare senso di colpa in Melissa e paura di rottura del legame. Inoltre, Melissa si sente trattata come una bambina e non considerata per il fatto che spesso il padre per avere informazioni sulla figlia le chiede alla moglie e non alla figlia stessa che è lì poco distante. A causa di questo, molte cose successe a Melissa e molte delle cose che fa durante la giornata non sono conosciute dal padre, che potrebbe imporre di non portarle più avanti.

Le emozioni non vengono mai espresse, ma agite attraverso comportamenti e affermazioni basate sulla rabbia, oppure con comportamenti di evitamento.

2.2.2.4. Modello di attaccamento

Gli episodi individuati nella vita di Melissa portano ad identificare la presenza di uno stile di attaccamento di tipo resistente/ambivalente; caratterizzato da modelli operativi interni originatisi dall'interazione con un genitore assai incoerente e incostante nel rispondere alle sue richieste di cura e contenenti informazioni discordanti relative agli episodi in cui il genitore ha risposto positivamente e ad episodi in cui ha risposto in modo imprevedibilmente indisponibile.

Il comportamento della madre può essere tratteggiato come imprevedibile. L'imprevedibilità è relativa alla disponibilità a rispondere positivamente alle richieste di aiuto e conforto manifestate dalla figlia, infatti a volte la risposta positiva materna è presente, altre volte invece manca.

La madre, ad esempio, mostrava un atteggiamento di distacco quando la figlia si trovava in difficoltà per le continue prese in giro, non fornendo né sostegno materiale, attraverso un intervento diretto che la figlia le chiedeva, né emotivo, non essendo vicina e rassicurante, ma dando solo indicazioni, per altro contraddittorie, sul come reagire (difendersi da sola senza agire per prima); oppure essendo altamente criticante e non

empatica durante il periodo di difficoltà attraversato da Melissa all'interno del gruppo di amici, preoccupandosi, invece, dell'idea che poteva aver trasmesso all'esterno.

Al contrario, si mostra vicina, comprensiva e permissiva, tanto da nascondere la cosa al padre, quando Melissa decide di portare avanti alcuni hobbies.

Altro aspetto da rilevare è relativo all'intrusività, caratterizzata dall'intervento anche nelle scelte più banali, come, per esempio, quando non vengono validati la maggior parte dei gusti della figlia in termini di vestiti e trucco dando sempre consigli alternativi ritenuti migliori, oppure come quando viene definita, nel senso di delineata, per come è fatta come dato di fatto, come testarda o poco di buono o definendo le emozioni provate (definizioni che poi Melissa fa sue senza critica arrivando a definirsi essa stessa in tal modo).

2.2.3. Interviste, test e questionari

a) MMPI-2

Le punte maggiormente significative risultano essere relative alle scale 2-D, 7-Pt e 4-Pd ; l'interpretazione permette di rilevare la presenza di aspetti depressivi, quali scarsa energia, debolezza e infelicità, accompagnati da sentimenti di pessimismo, indecisione e bassa autostima, quest'ultima rilevabile anche nelle scale di contenuto. Si può evidenziare la tendenza ad evitare i coinvolgimenti personali e la presenza di anassertività e accondiscendenza nelle relazioni.

Seguendo l'elevazione della scala Pt si può, inoltre, sottolineare la tendenza all'agitazione, alla difficoltà di concentrazione e alla rimuginazione, oltre che forte autocritica, autosvalutazione e propensione al senso di colpa.

Infine, si possono rilevare atteggiamenti di ribellione e di limitata tolleranza delle frustrazioni, infantilismo e possibili condotte aggressive; molto spesso l'elevazione della scala Pd ci indica la presenza di un disturbo di personalità, nel qual caso tali atteggiamenti descritti nelle scala si possono effettivamente ritrovare nel soggetto quando si trova nello stato di costrizione con difficoltà nel gestirlo.

Possiamo dare un'interpretazione anche basandoci sul codice 2/7 che ci permette di evidenziare le caratteristiche di personalità dandoci un quadro di docilità, passività e dipendenza nelle relazioni; inoltre, è presente la tendenza a formare forti legami facendo

affidamento sugli altri in modo eccessivo; caratterizzano il quadro sentimenti di inferiorità, inadeguatezza e insicurezza.

	Punteggio grezzo con correzione K	Punti T
Scale di base		
L (Menzogna)	6	54
F (Frequenza)	10	59
K (Correzione)	17	56
Hs (Ipocondria)	20	61
D (Depressione)	39	80
Hy (Isteria)	32	65
Pd (Deviazione Psicopatica)	40	70
Mf (Mascolinità - femminilità)	33	52
Pa (Paranoia)	16	66
Pt (Psicastenia)	46	72
Sc (Schizofrenia)	39	63
Ma (Ipomania)	15	41
Si (Introversione Sociale)	44	67
Scale di Contenuto		
Anx (Ansia)	8	51
Frs (Paure)	4	44
Obs (Ossessività)	7	51
Dep (Depressione)	23	71
Hea (Preoccupaz. per la Salute)	9	52
Biz (Ideazione Bizzarra)	2	50
Ang (Rabbia)	5	45
Cyn (Cinismo)	16	60
Asp (Comportamenti antisociali)	6	46
Tpa (Ipermotivaz. sul Lavoro)	6	41
Lse (Bassa Autostima)	15	70
Sod (Disagio Sociale)	12	60
Fam (Problemi Familiari)	12	59
Wrk (Difficoltà sul Lavoro)	24	75
Trt (Difficoltà di Trattamento)	14	65
Scale Supplementari		
Fb (F Beck)	5	55

Trin (Incoerenza nelle Risposte Vero)	8	54
Vrin (Incoerenza nelle Risposte)	5	47
Mac-R (Scala MacAndrew di Alcolismo)	17	44
Aps (Tossicodip. Potenziale)	18	40
Aas (Ammissione di Tossicod.)	2	54
Pk (Post – Traumatico da stress)	19	60
O-H (Ostilità Ipercontrollata)	13	44
Mds (Disagio Coniugale)	10	72

b) MILLON III

L'analisi del test mostra tratti dipendenti significativi (BR 97). I soggetti con un alto punteggio su questa scala del MCMI hanno uno stile di personalità cooperativo; ritengono di non essere molto capaci di prendersi cura di sé e devono trovare qualcuno affidabile che li proteggerà. Tendono a sentirsi inadeguati o insicuri e a vedersi come meno efficienti o capaci di chiunque; preoccupati dalla possibilità di perdere gli amici, tali soggetti possono mascherare le loro vere emozioni quando i sentimenti sono aggressivi o sgradevoli. Sono persone umili che cercano di essere il più possibile simpatiche a quelli che le circondano, ma possono occasionalmente essere considerate indecise perché non prendono mai una forte posizione su cose controverse. Simili soggetti potrebbero essere criticati per la loro inclinazione alla dipendenza remissiva, la loro mancanza di autostima e il cercare sempre aiuto all'esterno.

Ci possono essere difficoltà qualora il trattamento debba spingere i pazienti verso una maggiore indipendenza o aumentarne la capacità di competere in un modo assertivo ed efficace; possono sentirsi vulnerabili e minacciati e rispondere con comportamenti non adattivi.

		Punteggio grezzo	Punteggio BR
Indici correttivi			
X	Apertura	97	61
Y	Desiderabilità	10	47
Z	Svalutazione	14	69
Stili di personalità			
1	Schizoide	7	62
2°	Evitante	8	63
2B	Depressivo	11	71
3	Dipendente	19	97
4	Istrionico	12	55
5	Narcisistico	8	44
6°	Antisociale	4	48
6B	Aggressivo – Sadist.	7	63
7	Compulsivo	10	40
8°	Aggressivo - Passivo	11	69
8B	Autofrustrante	3	36
Patologia Grave			
P	Schizotipico	4	60
S	Borderline	6	65
C	Paranoide	7	65
Sindromi Cliniche			
A	Disturbi d'ansia	4	48
H	Somatoforme	4	34
N	Maniacale – bipolare	2	24
D	Distimico	10	65
B	Dipendenza alcool	1	25
T	Dipendenza droga	3	62
R	Post - traumatico	8	64
Sindromi gravi			
SS	Disturbi pensiero	5	43
CC	Depressione magg.	10	70
PP	Disturbi da delirio	0	1

c) SCID II

Il questionario evidenzia solo un aspetto della personalità da approfondire attraverso l'intervista: il disturbo di personalità dipendente.

Gli item che sono stati analizzati hanno ottenuto tutti un punteggio di "3", considerato come soglia o comunque come evidenza della presenza del tratto; inoltre, per ciascuno di essi è stato riportato almeno un episodio passato o recente che lo caratterizza.

Il profilo scaturito dalla valutazione risulta il seguente:

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

Nel profilo è, inoltre, importante evidenziare che, nel complesso, sono stati soddisfatti 18 criteri; rilevabili, in ordine decrescente dopo il tratto dipendente, nei tratti passivo-aggressivo, depressivo, istrionico, borderline, paranoide e narcisistico. Ciò indica la presenza di una patologia diffusa e costituita da diversi aspetti che potrebbero palesarsi nella terapia e che vanno tenuti in considerazione.

d) BDI-II

Il punteggio totale ottenuto da Melissa è di 28 ed indica la presenza di aspetti depressivi di livello moderato.

Item	Punteggio Melissa
1	1
2	2
3	2
4	2
5	1
6	3
7	1
8	2
9	1
10	0
11	0
12	2

13	0
14	2
15	1
16	3
17	0
18	0
19	3
20	2
21	0

e) PBI (Parent Bonding Instrument)

Per entrambe le figure genitoriali risulta uno stile di accudimento basato sulla COSTRIZIONE AFFETTUOSA, costituito da alta cura e alta protezione. Il soggetto si è sentito amato e curato, ma, nello stesso tempo, iperprotetto e limitato nelle sue scelte. Non è stata favorita l'esplorazione e non sono state incoraggiate l'indipendenza e l'autonomia dell'individuo. Inoltre, relativamente al padre, si trova un punteggio positivo nella sfera del favoritismo, il soggetto ha, quindi, percepito atteggiamenti di favoritismo rivolti a fratelli piuttosto che a lui; questo potrebbe aver portato ad un senso di inadeguatezza scaturito dal continuo confronto.

Aspetti	Punteggio
CURA MADRE	29
PROTEZIONE MADRE	20
SVALUTAZIONE MADRE	1
FAVORITISMO MADRE	1
CURA PADRE	20
PROTEZIONE PADRE	25
SVALUTAZIONE PADRE	2
FAVORITISMO PADRE	6

2.3. Diagnosi finale (DSM IV-TR)

I criteri diagnostici definiti dal DSM-IV TR (2000) per il disturbo dipendente di personalità sono:

una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi, che determina comportamento sottomesso e dipendente e timore della separazione, che compare nella prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- 1) ha difficoltà a prendere le decisioni quotidiane senza richiedere una eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni
- 2) ha bisogno che altri si assumano le responsabilità per la maggior parte dei settori della sua vita
- 3) ha difficoltà ad esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere supporto o approvazione.
- 4) ha difficoltà ad iniziare progetti o a fare cose autonomamente (per una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che per mancanza di motivazione o di energia)
- 5) può giungere a qualsiasi cosa pur di ottenere accudimento e supporto da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli
- 6) si sente a disagio o indifeso quando è solo per timori esagerati di essere incapace di provvedere a se stesso
- 7) quando termina una relazione stretta, ricerca urgentemente un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto
- 8) si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato a provvedere a se stesso.

Melissa soddisfa cinque degli otto criteri che descrivono il DDP; infatti, non si rileva la presenza del secondo, del sesto e dell'ottavo elemento relativi al lasciare che gli altri si prendano le sue responsabilità, al sentirsi a disagio per timore di essere lasciata a provvedere a se stessa e al preoccuparsi in modo irrealistico di essere lasciata sola. Inoltre, sono presenti altri aspetti quali quello depressivo e di bassa autostima rilevati dall'MMPI-II.

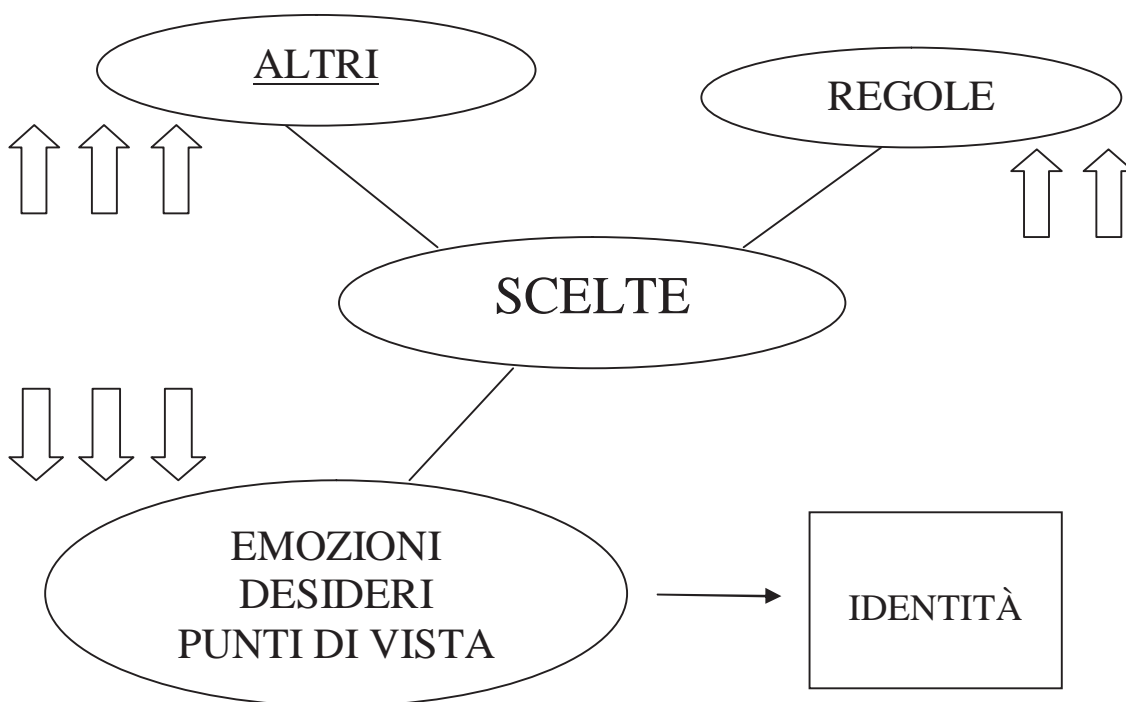
2.4. Concettualizzazione del caso

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 al malfunzionamento nella rappresentazione degli scopi sia allo schema interpersonale sé/altro.

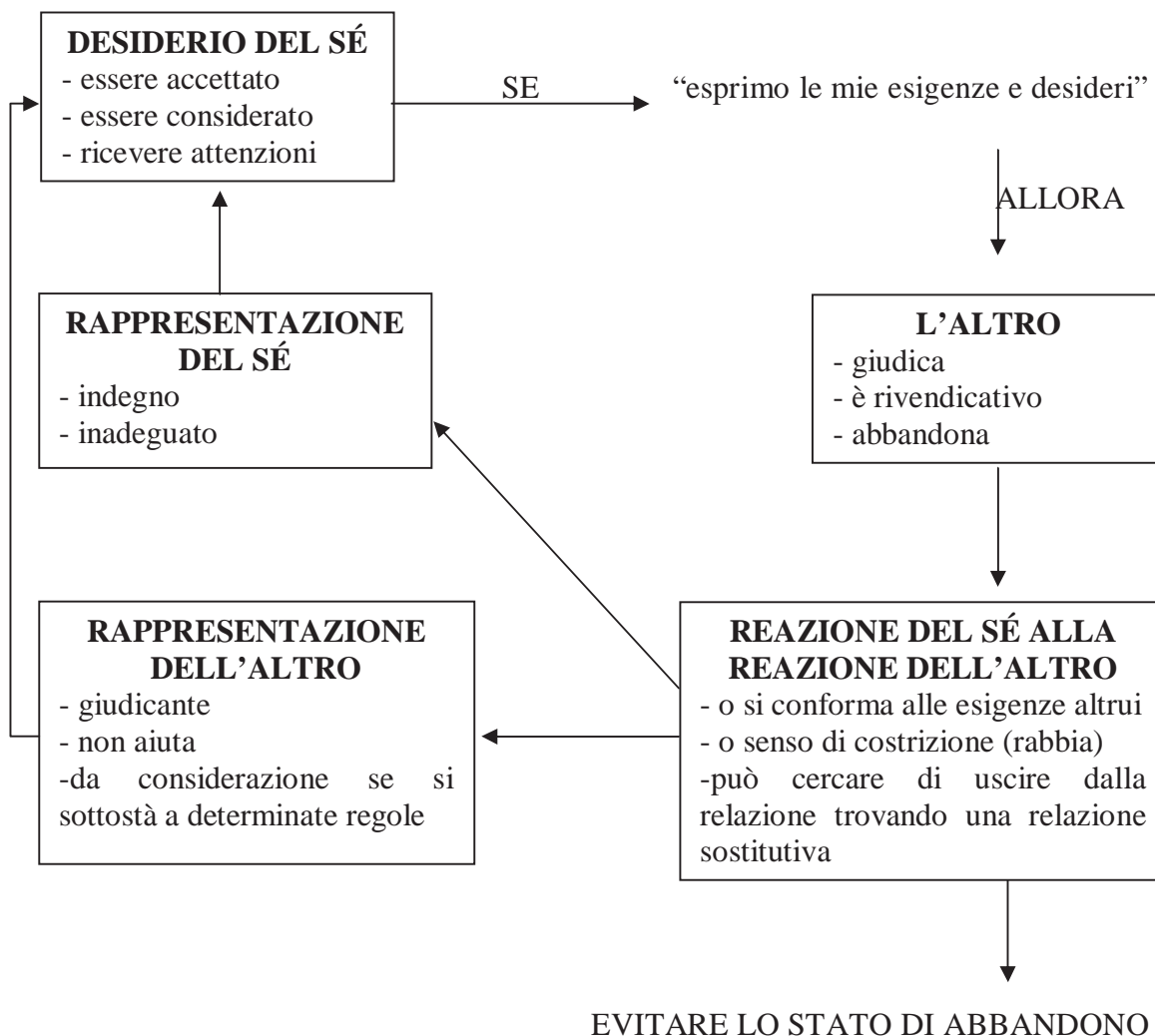
Lo scopo è stato quello, all'inizio, di individuare il funzionamento metacognitivo e interpersonale e valutare quanto fosse pervasivo in base alla ripetitività e alla presenza in diverse sfere della vita di Melissa, attraverso il racconto degli episodi; successivamente, ci si è indirizzati al rendere consapevole Melissa 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 rappresentazione degli scopi (vedi schema seguente) e quello dello schema sé/altro, definibili secondo i seguenti modelli, riportati così come sono stati creati per la spiegazione alla paziente:



Questo schema definisce la tendenza di Melissa ad utilizzare il coordinamento interpersonale nella regolazione delle scelte, oltre che le regole, cioè il rispettare ad ogni costo ciò che viene insegnato per “essere una brava ragazza”; 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. Inoltre, è chiaro il nesso tra disfunzione di riconoscimento delle emozioni e identità; se non ho desideri non ho identità e per costruirmela è necessario che guardi gli altri per trovare dei termini di paragone, procedura che in realtà si rivela fallimentare.



Lo schema evidenzia le rappresentazioni di sé e dell'altro proprie di Melissa che si sviluppano nelle relazioni interpersonali; nella relazione Melissa si inserisce con il desiderio di essere vista ed accettata, accompagnata dall'aspettativa che qualora esprimesse i suoi desideri gli altri non l'accetterebbero ed uscirebbero dalla relazione. Ovviamente, tutto questo risulta fortemente doloroso da affrontare, di conseguenza, le

reazioni sono esclusivamente tese ad evitare lo stato di abbandono fortemente temuto. La ragazza ha sperimentato che per evitare questo è necessario conformarsi alle esigenze degli altri trascurando le proprie, anche perché non è in grado, come visto in precedenza, di rilevare le proprie esigenze; questa situazione, a lungo termine, genera senso di costrizione, quindi, comportamenti susseguenti alla rabbia esperita o la tendenza ad uscire dalla relazione una volta trovata un'altra sostitutiva. Tutto ciò non fa altro che andare a confermare la visione che Melissa ha cristallizzata di se stessa come indegna e inadeguata e degli altri come giudicanti, non supportanti e richiedenti per avere in cambio considerazione.

2.5. Elementi di contratto terapeutico

Il contratto terapeutico è stato stipulato, per alcuni aspetti, alla fine del primo colloquio, in esso si sono stabilite le regole da seguire durante il percorso terapeutico.

Si è fissata 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 tutta la terapia Melissa ha sempre rispettato il contratto, salvo in un paio di occasioni nelle quali ha avuto difficoltà improvvise.

Successivamente all'approfondimento della problematica gli obiettivi si sono stabiliti come segue:

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 il malfunzionamento nella rappresentazione degli scopi e lavoro su di esso per innalzare il livello dei desideri utilizzando la marcatura somatica nelle situazioni

Obiettivi a medio termine:

- 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:

- Creazione di nuovi interessi personali e maggiore autonomia nelle scelte
- Integrare diverse rappresentazioni di sé e degli altri, decentrare

2.6. Relazione terapeutica

Fin dall'inizio c'è stata una buona sintonia tra paziente e terapeuta, d'altronde il paziente dipendente è anche definito il paziente "ideale", tuttavia in realtà non per la sua accondiscendenza ma per la simpatia e la capacità autoironica evidente fin da subito.

Questo è stato un punto di partenza positivo, ma, comunque, ci sono state delle difficoltà di gestione da parte del terapeuta nella prima fase; infatti, Melissa mostrava una grande difficoltà ad individuare le emozioni negli episodi narrati e, questi ultimi, si riferivano sempre a situazioni di intrecci ed equivoci tra amiche fortemente ingarbugliati rispetto ai quali, però, non era chiara la motivazione che la spingesse a riportarli. In tutto ciò si evidenziava solo una forte confusione ed una semplicità, quasi infantile, dei racconti.

Oltre questo, si presentava un aspetto di tipo dissociativo: racconti, anche molto difficili, dei quali si percepiva la sofferenza sottostante, venivano narrati sempre con il sorriso, quasi ridendo.

Tutto questo quadro ha generato nel terapeuta uno stato di confusione che rischiava di minacciare l'alleanza terapeutica in quanto l'infantilismo dei racconti e, soprattutto, la non chiarezza della motivazione a riportarli avrebbe potuto portare il terapeuta alla sottovalutazione della patologia e al non prendere sul serio le narrazioni e la paziente.

Inoltre, tale confusione avrebbe esposto il terapeuta all'oscillazione tra la confusione vera e propria e un assetto giudicante che avrebbe potuto colludere con lo schema e confermare il sé indegno.

La situazione è stata gestita attraverso operazioni di disciplina interiore da parte del terapeuta, consistenti in capacità autoriflessive in seduta che lo rendessero consapevole dello stato confusionale attraversato in modo da gestirlo adeguatamente e che gli permettessero di evidenziare la probabilità che la confusione percepita fosse presente anche nella mente della paziente e che ciò la portasse a narrare in siffatto modo.

Per padroneggiare, invece, la confusione generata dall'incongruenza tra mimica e contenuto il terapeuta ha reso esplicita la sua difficoltà, e anche proprio il senso di confusione, alla paziente utilizzando ABC che insistessero sull'aspetto emotivo per mostrare come l'espressione fosse fortemente discostante dal contenuto, aiutandola in questo modo anche nell'esplorazione emotiva, e come questo avvenga quando non si è ben consapevoli delle proprie emozioni e quando sono dolorose si tende a distaccarsene.

Questi interventi mirati hanno fatto sì che la paziente si sentisse compresa e parte integrante della terapia, tanto che dopo due volte che le è stato evidenziato l'aspetto incongruente non si sono più verificati questi episodi dissociativi, e che il terapeuta potesse avere una migliore gestione della seduta senza minare l'alleanza riattivando lo schema.

Dopo questa fase la relazione è potuta procedere positivamente, mantenendo sempre un accordo reciproco sugli scopi e le procedure.

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, denominazione e riconoscimento delle emozioni per poter sviluppare la consapevolezza emotiva nelle situazioni e per poter, successivamente, utilizzare

l'aspetto della marcatura somatica per il miglioramento della disfunzione nella rappresentazione degli scopi.

Inoltre, raccogliere gli episodi narrativi ed analizzarli attraverso la tecnica dell'ABC risulta fondamentale per giungere alla ricostruzione dello schema interpersonale disfunzionale. A causa dell'alessitimia questa fase si è protratta a lungo, infatti, all'inizio, la maggior parte delle emozioni erano definite da Melissa come "fastidio", e si è reso spesso necessario, in seduta, riportare l'attenzione sui correlati fisiologici e aiutare a definire l'emozione in base ad essi oppure suggerire possibili emozioni che si potevano provare nelle situazioni; oltre ciò è stata fornita alla paziente una schematizzazione delle emozioni che potesse essere da riferimento indicativo (vedi appendice I).

Alcuni esempi:

P: Qualche giorno fa il mio fidanzato era a pranzo a casa mia e, mentre mangiavamo, ha cominciato a dire di aver avuto l'idea di partecipare ad un concorso fotografico nel quale si dovevano fotografare dei gatti, ma siccome lui non ha gatti avrebbe voluto fotografare il mio

T: e tu eri d'accordo?

P: no, non mi andava di far fare le foto al mio gatto e glielo avevo già detto alcuni giorni prima, ma lui continuava ad insistere

T: tu come ti sei sentita?

P: beh ho pensato che continuava ad insistere su una cosa di cui già sapeva il mio parere.

T: ok, questo è un po' quello che hai pensato, ma come ti sei sentita, che emozione hai provato?

P: mi dava fastidio

T: che cosa intendi con fastidio? Il fastidio in realtà è molto generale, non ci indica un'emozione

P: non lo so...

T: che cosa pensavi in quel momento?

P: che come al solito non stava considerando quello che pensavo, che si doveva fare come diceva lui e di quello che pensavo io non gli importava niente

T: come si potrebbe sentire una persona che si trova in quella situazione e pensa queste cose?

P: non lo so...forse arrabbiata

In questo episodio Melissa riesce a giungere dal fastidio alla rabbia, anche se quest'ultima costituiva l'emozione secondaria susseguente a quella dell'ansia, dovuta probabilmente allo stato di costrizione, che ancora non era in grado di mettere a fuoco.

Nelle sedute successive, quando ormai varie volte aveva identificato l'emozione con l'ansia ho cercato di approfondire:

P: sabato sono uscita con il mio ragazzo e come al solito mi ha portato in un centro commerciale

T: non ti piace frequentare i centri commerciali?

P: mi piace, ma poi quando è sempre, capisco di inverno che fa freddo, ma quando è più caldo mi piacerebbe fare qualcos'altro, fare una passeggiata, visitare qualche posto; e poi nei centri commerciali andiamo sempre nei negozi che interessano a lui, non possiamo mai entrare in quelli che piacciono a me

T: questo come ti fa sentire

P: mi dà fastidio, perché dobbiamo sempre fare quello che dice lui

T: mi fai un esempio

P: allora sabato siamo andati nel centro commerciale anche se io avrei voluto fare un'altra cosa; una volta entrati abbiamo cominciato a girare nei negozi che piacevano a lui, ad un certo punto ho visto un negozietto che mi piaceva allora gli ho detto se entravamo un attimo e lui mi ha detto che mi piacciono sempre cose stupide e che cosa andavamo a fare e mi ha proposto di entrare in un altro negozio

T: come ti sei sentita, che emozione hai provato?

P: mi sono arrabbiata e gli ho detto che non era giusto e che allora io sarei entrata lì e poi ci saremmo incontrati, ma lui ha cominciato ad alzare la voce dicendo che ero una bambina

T: come ti sei sentita in quel momento?

P: ero sempre arrabbiata e gli ho risposto che dovevamo sempre fare quello che diceva lui e che non prendeva mai in considerazione qualcosa che proponevo io e lui ha continuato ad alzare la voce e a dire che quel negozio era sciocco

T: come ti sentivi in quel momento, che emozione provavi?

P: mi dava fastidio quello che stava succedendo

T: quali erano le sensazioni fisiche? Prova a ripensare a quel preciso momento e a come

stavi fisicamente

P: ero arrabbiata e mi batteva più forte il cuore, sentivo caldo e cominciava a farmi male la testa

T: ti ricordi quando abbiamo parlato delle sensazioni fisiche che accompagnano le emozioni?

P: si

T: secondo te queste sensazioni che hai avuto a quale emozione possono corrispondere?

P:.....forse all'ansia?

T: effettivamente nell'ansia si trovano queste manifestazioni, quindi è molto probabile che tu abbia provato ansia in quel momento ed è molto probabile che quando senti queste cose siano indicatori che stai provando ansia; prova a tenerlo a mente la prossima volta che ti accorgi di queste sensazioni perché ci indirizzano su quello che proviamo e ci aiutano a definirlo meglio. Ok? E poi cosa hai fatto?

P: ho lasciato stare e siamo andati dove voleva lui

In questo episodio passando attraverso i marker fisiologici si è riusciti ad individuare la reale emozione, l'analisi dell'episodio è poi andata avanti per cercare di capire i motivi che l'avessero portata a rinunciare ai suoi scopi permettendo di indirizzare sullo schema.

Esplicitazione dello schema di regolazione delle scelte per evidenziare il malfunzionamento nella rappresentazione degli scopi ed intervento su di esso per innalzare il livello dei desideri utilizzando la marcatura somatica nelle situazioni:

Man mano che si procedeva con l'analisi degli episodi si riusciva a delineare un malfunzionamento nella rappresentazione degli scopi e difficoltà nel portarli avanti. Si è ritenuto importante evidenziare questo alla ragazza attraverso la presentazione e la spiegazione dello schema di regolazione delle scelte, come mostrato nel precedente paragrafo sulla concettualizzazione, costruito sugli episodi personali narrati, quindi calato precisamente sulla persona, di seguito viene riportato l'intervento di spiegazione dello schema:

T: Tutti noi per le scelte che facciamo ci basiamo su tre pilastri fondamentali: uno sono le

regole: cioè io scelgo di fare una determinata cosa, scegliere l'università, scegliere una cosa al bar sulla base di quello che mi hanno detto i miei genitori secondo l'idea di essere una brava ragazza. Gli altri: cioè i desideri degli altri, quello che io sono, quello che faccio, le scelte che faccio dipendono dal fatto che io percepisco il desiderio dell'altro, siccome l'altro è importante per me perché voglio che mi consideri, voglio mantenere la relazione con l'altro, allora le scelte che faccio, per esempio se devo decidere tra andare al cinema o andare a ballare o andare dall'amica perché mi ha chiamato percepisco il suo desiderio allora tra queste tre scelte decido di andare dall'amica e questo è particolarmente forte se io ho una forte motivazione a mantenere il legame con gli altri. Un altro pilastro fondamentale è quello che voglio io, quello che sento. Ora, in una personalità equilibrata, in un sé equilibrato, questi tre pilastri sono coordinati tra loro, c'è una proporzione tra tutte e tre, in ogni scelta della vita anche le più quotidiane una volta funziona più uno una volta più l'altro una volta l'altro ancora, nella maggior parte dei casi funzionano tutti e tre, c'è sempre un pezzetto di tutti e tre o di due alla volta in ogni scelta che facciamo e in quello che siamo. Secondo te quale pilastro in te è più sviluppato, quale è meno sviluppato?

P: penso che quello degli altri sia più sviluppato

T: infatti. La regola è che quando uno è più zoppicante gli altri due diventano troppo forti, come fossero dei muscoli che funzionano, che devono funzionare anche al posto dell'altro; allora tu hai difficoltà a capire i tuoi desideri e le tue emozioni, ma tieni presente che c'è un nesso molto stretto tra questo e una cosa che si chiama identità, tanto è vero che tu per capire chi sei in qualche modo guardi più gli altri per trovare dei termini di paragone, del tipo io vorrei essere come un'altra e quando ti accorgi che in qualche modo tu sei diversa o non ci riesci ti arrabbi pure. Il problema dov'è? Che ti fidi molto delle regole, cioè chi sono io? sono una che deve essere una brava ragazza seguendo le regole che mi hanno dato i miei genitori e soprattutto hai una grande capacità di capire e assecondare i desideri degli altri, perché non avendo la parte delle emozioni ad indicarti la strada su chi tu sia hai bisogno che questa sensazione di te, di presenza nel mondo, te la dia la considerazione che ti dà l'altro. Intendiamoci, è fondamentale per ognuno di noi sentirsi considerati dagli altri, però per te è come se fosse vitale perché non c'è anche un altro pezzetto che viene dall'interno. Lo scopo della terapia non è quello di trasgredire le regole perché pure sono importanti, ci vogliono, anche quelle ci aiutano a capire chi siamo, e neanche infischiarci degli altri ed essere totalmente indipendenti, perché anche questo non è

possibile; lo scopo della terapia è tutto qui (emozioni), cioè innalzare questo livello per renderti più consapevole delle tue emozioni, dei tuoi desideri e quindi farti sentire anche dall'interno il senso della tua identità in modo che gli altri due fattori si bilancino. Quindi lo scopo, soprattutto in questa prima fase, è capire nel modo più elementare e più semplice possibile le emozioni che tu provi nelle situazioni. Che cosa ne pensi?"

A questo punto Melissa ha mostrato di sentirsi veramente compresa, le si sono illuminati gli occhi, ha detto che effettivamente quanto schematizzato le corrispondeva molto ed ha chiesto di poter portare con sé lo schema.

In base a questo intervento abbiamo potuto definire la difficoltà estrema a comprendere e a rappresentarsi un desiderio o uno scopo proprio in mancanza di qualcuno a cui far riferimento.

Questo ha permesso a Melissa di diventare più consapevole di questa sua caratteristica e del fatto che, ogni volta che si trova davanti ad una scelta, spesso ricorre all'altro senza nemmeno chiedersi cosa ne pensa e come la faccia sentire, anche in attività quotidiane.

La raccolta degli episodi si è potuta indirizzare, da questo punto in poi, oltre che sull'analisi delle emozioni e sull'aumento della consapevolezza del malfunzionamento della rappresentazione degli scopi, obiettivi che rimangono costanti per tutta la terapia, anche sulla marcatura somatica delle situazioni per definire un proprio desiderio. Melissa, 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; iniziando, in tal modo, a vedere più chiaramente le proprie esigenze e desideri indipendentemente dall'altro.

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 Melissa, a circa sei mesi 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.

T: allora, è come se il tuo desiderio di essere considerata per sentire che sei presente, che ci sei, per sentirti in qualche modo piena ti avesse portato in passato con i ragazzi, con le tue amiche, con i tuoi genitori ad essere sempre disponibile e non appena si affacciava un tuo desiderio, un tuo punto di vista autonomo subito scattava in te la paura che questo potesse rompere la relazione e condurre l'altro ad abbandonarti, poi magari hai trovato anche persone che un po' ci marciavano su questa cosa, che hanno approfittato della tua disponibilità.

Anche in questo caso la spiegazione dello schema con un supporto visivo è stata molto utile, in quanto le ha permesso di percepire con più chiarezza il suo funzionamento; anche in questo caso Melissa si è ritrovata e ha chiesto di poter portare via con sé lo schema disegnato.

Da questo momento in poi, essendo Melissa più consapevole di cosa le 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.

Quando Melissa è riuscita a diventare maggiormente consapevole degli schemi ricorrenti nelle sue narrazioni è riuscita anche a comprendere che la sua sofferenza è data dalle proprie interiorizzazioni e dalle interpretazioni che fa degli eventi; questo aspetto ha cominciato a favorire in Melissa lo sviluppo di distanza critica ed una più adeguata gestione dei cicli al momento dell'attivazione di essi.

Introduzione di nuove strategie di mastery:

Melissa entra in un ciclo oblativo ogni volta che tenta di perseguire delle scelte autonome o quando le vengono poste richieste che non collimano con i suoi desideri. In queste circostanze pensa di ferire e danneggiare l'altra persona e giudica male un suo eventuale comportamento di rifiuto verso gli altri; di conseguenza, inizia a provare un

forte senso di colpa che la porta a rivedere e ridimensionare il suo obiettivo iniziale o ad accondiscendere alle richieste altrui.

P: adesso che sono cominciate le vacanze estive mio padre vuole che vada a lavorare con lui, già l'ho fatto l'anno scorso, per carità ho guadagnato qualcosa e poi stavo più tempo insieme a mio padre, ma a me non piace e poi è un lavoro pesante per una ragazza, non voglio fare quel lavoro

T: come mai allora hai deciso di andare?

P: perché mio padre lavora sempre da solo, ha molto da fare, ha tanti impegni e pensieri ed effettivamente gli serve un aiuto, ma a me non piace quell'ambiente, stare là a parlare con i clienti

T: se dicessi questo a tuo padre e gli spiegassi come ti senti?

P: lui ci rimarrebbe molto male, sarebbe deluso

T: e tu come ti sentiresti?

P: mi dispiacerebbe molto, mi sentirei in colpa anche perché mio padre fa molte cose per me.

Melissa comincia a riconoscere un po' meglio le emozioni che prova nelle situazioni e a distinguere un po' meglio quali sono i suoi desideri, ma cade ancora nell'attivazione del ciclo oblativo. Con i successivi interventi di spiegazione dello schema interpersonale, sull'attivazione del ciclo nelle situazioni e sulla conseguente sensazione di coercizione, sull'utilizzo della marcatura somatica e sulla differenziazione, Melissa, circa cinque mesi dopo, è riuscita a gestire meglio la stessa situazione ripresentatasi attraverso la negoziazione, come segue:

P: ora che ci sono le vacanze di Natale mio padre vorrebbe che la mattina andassi con lui a lavoro, ma a me non va, anche perché ho organizzato un piano di studio per potermi mettere a pari con tutte le materie durante le vacanze in modo che quando ricomincia la scuola posso studiare passo passo e recuperare le insufficienze, e poi ho anche un lavoretto il pomeriggio e vorrei anche un po' riposare

T: hai provato a dire queste cose a tuo padre?

P: gli ho detto che devo studiare, ma lui ha detto che la mattina almeno potrei andare perché lui ha bisogno

T: tu cosa ne pensi?

P: che poi non riuscirei a mantenere il programma che ho fatto e poi non mi piace andare a lavorare lì, non mi piace quel lavoro, non ci voglio andare, ma mi dispiace per mio padre che deve fare tutto da solo

T: pensi che si potrebbe trovare un accordo in qualche modo? Un punto di incontro?

P: non lo so...come si fa?

T: non so mettersi d'accordo per andare solo alcuni giorni per qualche ora, non tutti i giorni tutta la mattinata, pensi potrebbe funzionare?

P: non lo so, potrebbe andare per me, non so come la prenderebbe mio padre.....però potrei provarci.

Dopo questo dialogo, Melissa ha espresso queste sue sensazioni al padre, che non è rimasto molto contento, anzi l'ha molto colpevolizzata; la ragazza, però, è riuscita a mantenere le sue posizioni e a spiegare le sue esigenze, gestendo al meglio che poteva il dispiacere ed il senso di colpa. Successivamente, si è anche sentita soddisfatta per essere riuscita a portare avanti il suo piano di studio come aveva previsto.

Creazione di nuovi interessi personali e maggiore autonomia nelle scelte:

Durante la terapia Melissa ha cominciato timidamente a fare delle scelte proprie dettate dai propri desideri e dal rendersi conto in modo migliore delle emozioni esperite nelle situazioni, oltre che dal proprio e dall'altrui comportamento.

La prima scelta importante che ha portato avanti in modo totalmente autonomo, infatti il terapeuta non è mai intervenuto direttamente su questo, ma ha condotto solo interventi di analisi degli episodi avvenuti nella relazione, è stata quella di lasciare il ragazzo, in quanto resasi conto dell'ansia sempre presente nelle interazioni con lui e anche del fatto che non poteva, pur avendoci provato, portare avanti propri intenti stando con lui, ma, soprattutto, accortasi, analizzando meglio i propri sentimenti, che non lo amava più e che stava con lui per non restare da sola; da quel momento ha sentito l'esigenza di rimanere per un po' da sola per occuparsi di se stessa.

Un altro aspetto riguarda la decisione, difesa fortemente a casa, soprattutto con il padre, e con gli amici di accettare l'opportunità di un lavoretto giornaliero di poche ore per poter essere più autonoma, nonostante le dichiarazioni degli altri sul fatto che non ce

l'avrebbe mai fatta a mantenerlo.

Rispetto ai “divertimenti”, Melissa ha deciso di riprendere un corso di danza, lasciato a causa del ragazzo che non approvava.

Integrare diverse rappresentazioni di sé e degli altri, decentrare:

Il passo successivo è stato quello di mettere in risalto, negli episodi riportati, i momenti in cui, dal racconto e dall'espressione non verbale, Melissa mostrava di avere avuto esperienze positive, di essersi sentita capace e soddisfatta nel fare o dire qualcosa. Il terapeuta ha poi proceduto facendo sì che tali rappresentazioni positive potessero espandersi ed affiancarsi alle rappresentazioni negative di sé, in modo che la ragazza potesse accedere sempre con maggior frequenza alle proprie parti sane e che potesse rendersi conto che la propria sofferenza non era causata da fatti reali, ma da sue rappresentazioni interne.

Oltre a questo, Melissa è stata anche in grado di riconoscere come l'interazione interpersonale e l'attivazione in essa delle sue rappresentazioni interne fossero il fattore scatenante del passaggio di stato mentale; per esempio, ha capito come nelle situazioni con le amiche le richieste fattele da quest'ultime, richieste che in realtà erano contrarie ai propri scopi o desideri, la facessero passare da uno stato mentale positivo di autoefficacia ad uno stato mentale caratterizzato dal senso di costrizione e di vuoto ed è riuscita a gestire meglio la relazione.

Tutto questo ha permesso di poter passare allo stadio più avanzato della terapia consistente nel capire gli altri, nel costruire letture alternative della mente dell'altro e riconoscere che le nostre azioni hanno un impatto su di loro e contribuiscono a causare i problemi che sono fonte di sofferenza. È stato possibile esercitare la teoria della mente e promuovere una lettura più accurata della mente dell'altro, facendo interventi che potessero elicitar interpretazioni alternative rispetto al comportamento attuato dagli altri nelle situazioni, ma, soprattutto, una volta che Melissa ha capito pienamente il suo funzionamento ed il fatto che si sente di non essere capita e di poter essere abbandonata dagli altri nel momento in cui lei stessa non ritiene di potersi permettere di affermarsi e di esprimere le proprie esigenze e desideri, si è riusciti a costruire una visione alternativa

degli altri e ad interpretare i loro comportamenti sempre meno con i vecchi schemi stereotipati.

2.8. Prevenzione delle ricadute

Quando gli obiettivi sono stati raggiunti, si è concordato di cominciare a diradare le sedute vedendoci per circa due mesi con cadenza quindicinale e, successivamente, per altri due mesi ogni tre settimane; ovviamente, questo distacco è stato preparato costruendolo come una prova, una possibilità di poter sperimentare le situazioni in modo del tutto autonomo, ma sapendo che, qualora ci fossero stati dei problemi, avremmo potuto modificare l'accordo e che, comunque, in qualsiasi momento avrebbe potuto contattare il terapeuta per un sostegno.

Per giungere a ciò sono stati necessari interventi di normalizzazione e validazione preventiva dello stato emotivo che probabilmente si sarebbe trovata a sostenere nello giungere alla fine della terapia; presumibilmente, avrebbe provato sensazioni simili a quelle sperimentate nello stato di vuoto e alla paura di essere abbandonata e di trovarsi da sola ad affrontare le difficoltà, ma, indubbiamente, un cambiamento nella sua persona era avvenuto ed ora poteva sostenersi da sola con le proprie capacità e con la consapevolezza del proprio funzionamento.

Tutto ciò è stato affrontato non solo relativamente alla chiusura della terapia, ma anche rispetto alla possibilità, che molto verosimilmente si sarebbe verificata, di ritrovarsi in rapporti interpersonali che potessero attivare tutti gli schemi e i cicli che fanno parte di Melissa, ma che sono diventati consapevoli, riconoscibili e, di conseguenza, gestibili con le proprie risorse e le proprie capacità.

Procedere con la riduzione graduale delle sedute ha permesso a Melissa di sperimentarsi nella vita quotidiana ormai consapevole degli aspetti trattati in terapia e, una volta risolti con successo, di sentirsi maggiormente sicura di sé e delle mete raggiunte; non solo, il fatto di sapere che, comunque, il sostegno, seppur diradato, era ancora disponibile le ha dato un forte appoggio nella sfida delle questioni più difficili per lei.

Inoltre, proprio in questa fase si è rivelato molto utile fornire a Melissa alcune schede relative all'efficacia personale, tratte dalle schede utilizzate dalla Linehan nel suo

programma di intervento con la personalità borderline; infatti, tali schede hanno avuto la funzione di sostegno e hanno permesso a Melissa di avere una sorta di indicazioni tali da rimandarla con il pensiero, nelle situazioni problematiche, a quanto discusso durante la terapia e al modo in cui si è rivelato maggiormente efficace gestire le circostanze e i rapporti interpersonali.

2.9. Esito

La terapia ha avuto la durata di un anno e mezzo ed ha avuto un buon esito; Melissa è riuscita in un notevole miglioramento in tutti gli obiettivi prestabiliti.

Le valutazioni dell'esito non sono avvenute attraverso valutazioni psicometriche, ma solo per mezzo del colloquio clinico; la ragazza mostra un buon mantenimento delle funzioni autoriflessive con capacità di identificare e denominare le emozioni e di utilizzarle come marker nelle situazioni problematiche, sta riuscendo a conservare nel tempo interessi personali ed evidenzia autonomia nelle scelte, per esempio, finiti gli studi superiori con risultati abbondantemente sufficienti ha deciso di non proseguire gli studi e si è messa proiettualmente alla ricerca di un lavoro adatto a lei. Generalmente, è in grado di accorgersi dell'attivarsi dello schema e di gestirlo e di attuare un comportamento conseguentemente consono; ovviamente, a volte le capita di rileggere le varie situazioni alla luce dello schema disfunzionale, ma riesce, comunque, a coordinarsi in modo più adeguato, soprattutto gestendo meglio le interazioni interpersonali da un punto di vista affermativo e governando meglio che al principio le emozioni di rabbia.

Mentre cerca un lavoro continua a mantenersi il piccolo lavoretto; la sua passione per la danza viene coltivata e le dà molte soddisfazioni: è ritenuta la migliore del corso e le è stato chiesto di partecipare a gare di ballo; ha stretto amicizie migliori rispetto alle precedenti, più rispettose ed accettanti e riesce ad essere se stessa, ad esprimere le proprie esigenze attraverso la negoziazione e ciò le permette di mantenere nel tempo tali amicizie; anche a casa le cose sono migliorate, ha la capacità di esplicitare meglio le proprie emozioni e punti di vista riuscendo a farsi meglio comprendere e a padroneggiare meglio il dispiacere e il senso di colpa.

2.10. Follow up

Il follow up è stato condotto attraverso colloqui a due e a quattro mesi di distanza dalla fine della terapia.

Melissa mostra di mantenere tutti gli obiettivi raggiunti e le valutazioni fatte nell'esito della terapia. Esprime alcune difficoltà che ha avuto soprattutto nel rapporto con i genitori e con le amiche, racconta che si è accorta dell'attivarsi dello schema che ha poi gestito, ma che le è stato poi più complesso padroneggiare lo stato di vuoto, anche se, ed è stata brava, per riuscire ha deciso di impegnarsi nel fare qualcosa di semplice, ad esempio fare una passeggiata o andare dal parrucchiere.

Non ha ancora trovato un fidanzato, ma questo aspetto per il momento non sembra essere così fondamentale come all'inizio della terapia, infatti ritiene di poter fronteggiare le situazioni con le proprie forze e che l'appoggio di un ragazzo non le serve per questo; spera, però, di poter trovare qualcuno da amare e che la ami per come lei è.

Ha mostrato scoraggiamento per il fatto di avere difficoltà a trovare lavoro, cosa che però ha subito affrontato rendendosi conto che non necessariamente ciò dipende dalle sue scarse capacità, ma ci troviamo in una congiuntura negativa per tutti nel mondo del lavoro.

Nel complesso il livello raggiunto è molto positivo e si sta mantenendo nel tempo proficuamente.

Appendice I

Materiali forniti al paziente

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

REGOLAZIONE EMOZIONALE SCHEDA 1

Obiettivi dell'apprendimento della regolazione emozionale

COMPRENDERE LE PROPRIE EMOZIONI

- Identificare (osservare e descrivere) l'emozione.
- Comprendere cosa le emozioni fanno per te.

RIDURRE LA VULNERABILITÀ EMOTIVA

- Ridurre la vulnerabilità negativa (vulnerabilità alla "mente emotiva").
- Incrementare le emozioni positive.

RIDURRE LA SOFFERENZA EMOTIVA

- Lasciare libero corso alle emozioni dolorose attraverso la mindfulness.
- Modificare le emozioni dolorose attuando comportamenti di segno opposto.

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.
- Crede che le cose dovrebbero essere diverse.
- Crede 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.
- Digriagnare 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.
Scoprirti 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

Crederne che una separazione durerà a lungo o non avrà fine.
Ritenerti senza valore o indegno di stima.
Crederne 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 corrucciato, 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:

.....

.....

.....

REGOLAZIONE EMOZIONALE SCHEDA 5

A cosa servono le emozioni?

LE EMOZIONI COMUNICANO QUALCOSA AGLI ALTRI (E LI INFLUENZANO).

- Le espressioni facciali sono una parte costitutiva delle emozioni. Nelle società primitive e tra gli animali esse servono alla comunicazione come le parole. Anche nelle società più avanzate, le espressioni del viso hanno un impatto comunicativo molto più rapido delle parole.
- Quando è importante comunicare qualcosa agli altri o mandare loro un messaggio, può essere molto difficile modificare le nostre emozioni.
- La comunicazione delle emozioni influenza gli altri, che lo si voglia o meno.

LE EMOZIONI ORGANIZZANO E MOTIVANO L'AZIONE

- Le emozioni motivano il nostro comportamento. L'impulso ad agire in conseguenza di specifiche emozioni è spesso innato. Le emozioni ci preparano all'azione.
- Le emozioni consentono di risparmiare tempo e di agire nelle situazioni importanti. Non abbiamo bisogno di pensare ogni volta a ciò che facciamo.
- Le forti emozioni ci aiutano a superare gli ostacoli – nella nostra mente e nell'ambiente.

LE EMOZIONI POSSONO ESSERE AUTOVALIDANTI

- Le nostre reazioni emotive agli eventi e alle persone possono fornirci informazioni sulla situazione. Le emozioni possono rappresentare segnali di allarme che ci avvisano che qualcosa sta succedendo.
- Se portate agli estremi, le emozioni vengono trattate alla stregua di fatti: “Se mi sento incapace, significa che lo sono”, “Se mi sento depresso quando sono solo, non mi si dovrebbe lasciare solo”, “Se penso che qualcosa sia giusto, significa che lo è”, “Se ho paura, significa che sono in pericolo”, “Siccome la amo, deve essere una brava persona”.

Materiale fornito nella fase di trattamento della prevenzione delle ricadute, da utilizzare come promemoria per il mantenimento dei comportamenti interpersonali efficaci acquisiti.

EFFICACIA INTERPERSONALE SCHEDA 1

I contesti dell'efficacia interpersonale

CURARE LE PROPRIE RELAZIONI

- Non lasciare che le offese, le ferite e i problemi crescano a dismisura.
- Usa le tue abilità relazionali per riconoscere i problemi e bloccarli sul nascere.
- Rinuncia alle relazioni che non hanno prospettive.
- Risolvi i conflitti prima che ti sommergano.

EQUILIBRARE IL RAPPORTO TRA PRIORITÀ E RICHIESTE

- Se ti senti sovraccarico, riduci o differisci le richieste di secondaria importanza.
- Chiedi l'aiuto degli altri; di' di no se è necessario.
- Se non sei troppo impegnato, cerca di assumerti dei compiti offrendo il tuo aiuto agli altri.

EQUILIBRARE IL RAPPORTO DOVERI/PIACERI

- Considera quante cose fai perché ti fa piacere farle, e quindi "vuoi" farle, e quante ne fai semplicemente perché vanno fatte, e quindi "devi" farle. Cerca di mantenere le due categorie in equilibrio, anche se devi:
 - Far sì che le tue opinioni vengano seriamente considerate.
 - Far fare alcune cose agli altri.
 - Dire di no a richieste che non desideri soddisfare.

COSTRUIRE LA PADRONANZA E IL RISPETTO DI SE STESSI

- Interagisci in modo tale da poterti sentire efficace e competente, anziché impotente, privo di risorse e troppo dipendente.
- Difendi te stesso, i tuoi principi e le tue opinioni.

EFFICACIA INTERPERSONALE SCHEDA 3

Fattori che riducono l'efficacia interpersonale

ABILITÀ DEFICITARIE

- Non sai di fatto cosa dire o come agire. Non sai come dovresti comportarti per raggiungere i tuoi obiettivi. Non sai cosa potrà esserti utile.

PREOCCUPAZIONI

Le preoccupazioni ostacolano la tua capacità di agire in maniera efficace. Possiedi le abilità, ma le tue preoccupazioni ti impediscono di dire o fare ciò che vorresti.

- **PREOCCUPAZIONI CIRCA LE EVENTUALI CONSEGUENZE NEGATIVE.**
"Non mi troveranno interessante", "Lei penserà che sono uno stupido."
- **DUBBI RIGUARDO AL MERITARE CIÒ CHE DESIDERI.**
"Sono una persona talmente cattiva da non meritarmelo."
- **PREOCCUPAZIONI RIGUARDO ALLA TUA PRESUNTA INEFFICACIA, E ATTRIBUZIONE DI QUALITÀ NEGATIVE.**
"Non ci riuscirò", "Cadrò a pezzi", "Sono così stupido."

RISPOSTE EMOTIVE

Le tue emozioni (RABBIA, FRUSTRAZIONE, PAURA, SENSO DI COLPA) ostacolano la tua capacità di agire in maniera efficace. Possiedi le abilità, ma le tue emozioni ti rendono incapace di dire o fare ciò che vorresti. Le emozioni, anziché le tue abilità, assumono il controllo di ciò che dici o fai.

INDECISIONE

NON RIESCI A DECIDERE cosa fare, né ciò che vuoi. Possiedi le abilità, ma la tua indecisione ti impedisce di fare o dire ciò che vorresti. Sei indeciso sulle tue priorità. Non riesci a capire come mantenere l'equilibrio tra:

- Chiedere troppo e non chiedere niente.
- Dire sempre di no e accettare qualunque cosa.

AMBIENTE

Alcune caratteristiche ambientali impediscono anche a una persona più che competente di essere efficace. LE ABILITÀ COMPORTAMENTALI NON FUNZIONANO.

- Gli altri sono troppo potenti.
- Gli altri si sentirebbero minacciati, o hanno qualche altra ragione per non desiderare che tu ottenga ciò che vuoi.
- Gli altri non ti daranno ciò di cui hai bisogno, e non lasceranno che tu dica di no senza punirti, a meno che tu non sacrifichi, almeno in parte, il rispetto di te stesso.

EFFICACIA INTERPERSONALE SCHEDA 10

**Linee guida per l'efficacia nel rispetto di se stessi.
Mantenere il rispetto di sé**

Un modo efficace di ricordare le abilità relative all'efficacia nel rispetto di sé è l'espressione "FAST" (DEAR MAN, GIVE FAST)

(Essere) FRANCHI E LEALI

(Non) SCUSARSI

SEGUIRE i propri valori

(Essere) ONESTI

Essere Franchi e leali

Sii franco con TE STESSO e con L'ALTRO.

(Non) SCUSARSI

Niente atteggiamenti di inferiorità. Non scusarti per il solo fatto di esistere e di fare delle richieste. Non chiedere scusa per le tue opinioni e per il tuo parere discorde.

SEGUIRE I PROPRI VALORI

Segui i TUOI valori.

Non svendere i tuoi principi o la tua integrità per ragioni di scarsa importanza. Spiega chiaramente qual è, secondo te, il modo corretto o morale di pensare e agire, e mantieni la tua posizione.

(Essere) ONESTI

NON MENTIRE, NON AGIRE IN MANIERA IMPOTENTE quando hai adeguate competenze, NON ESAGERARE. Non cercare scuse.

Altre idee:

.....

.....

.....

Appendice II

Esempi di ABC compilati come compito a casa:

A- Situazione	B- Pensiero	C- Emozione Comportamento
Le mie amiche mi telefonano insistentemente perchè passi loro i compiti .	<ul style="list-style-type: none"> - Fanno sempre così - Non dovrebbero insistere sempre - Non lo voglio fare 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansia - Non rispondo al telefono

Continuano a telefonare e a mandare sms	<ul style="list-style-type: none"> - Chissà cosa penseranno - Che cosa mi diranno domani? - Se mi tratteranno male e non saprò reagire? 	<ul style="list-style-type: none"> - Paura - Tristezza - Rispondo e do loro i compiti
---	--	--

A- Situazione	B- Pensiero	C- Emozione Comportamento
Il giorno dopo, all'entrata a scuola, mi passano davanti e neanche mi salutano.	<ul style="list-style-type: none"> - Non mi considerano - È per come mi sono comportata - Mi hanno lasciato sola 	<ul style="list-style-type: none"> - Mi gira la testa - Mi fa male lo stomaco - Pianto - Tristezza - Sensazione di solitudine - Senso di vuoto - Mi siedo per terra e piango

A- Situazione	B- Pensiero	C- Emozione Comportamento
Ho trovato un piccolo lavoro di un paio d'ore al pomeriggio; mio padre ancora dopo alcuni mesi insiste che devo lasciarlo perché mi prende tempo allo studio e perché se voglio lavorare posso andare da lui.	<ul style="list-style-type: none"> - Ma è una cosa che voglio fare così posso fare delle spese mie - Effettivamente mio padre ha tanto da fare e sta sempre solo e non ce la fa - Che faccio lascio mio padre da solo? - Non mi piace lavorare lì, non è un lavoro per me 	<ul style="list-style-type: none"> - Senso di colpa - Dispiacere - Senso di costrizione - Sensazione di non essere considerata - Continuo a fare quel lavoro, spiego a mio padre che non fa per me il lavoro lì, ma che qualche volta posso aiutarlo - Dispiacere per mio padre - Bella sensazione per me