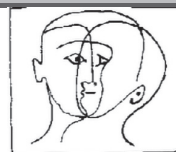


**Giada: “la trappola dell’indegnità”,  
un caso di Tricotillomania in comorbidità  
con Disturbo ossessivo-compulsivo  
e Disturbo di personalità borderline**



Serena Di Benedetto\*, Andrea Gragnani\*

*Ricevuto il 14 settembre 2021*

*Accettato il 23 dicembre 2021*

**Sommario**

Nel presente lavoro viene descritto il caso clinico di Giada, una ragazza di 19 anni che presenta una struttura di personalità borderline connotata da una pervasiva disregolazione emotiva. I due disturbi dello spettro ossessivo, la Tricotillomania e il DOC, si configurano come tentativi disfunzionali di gestione del senso di indegnità personale, accompagnata da un profondo disgusto di sé, e della colpa deontologica di peggiorare irrimediabilmente la propria persona, con un conseguente aumento del rischio di essere smascherata nella propria difettosità e dunque scansata e abbandonata dall’altro. I comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo, consistenti nello strappo di peli localizzati nelle zone del pube e delle gambe, da un lato vengono agiti in maniera premeditata e ritualizzata, attivati dalla sensazione di disgusto per se stessa e dalla necessità di sentirsi adeguata, dall’altro vengono agiti in maniera impulsiva, in seguito a un discontrollo emotivo, come tentativi di gestione degli stati emotivi e mentali dolorosi. La paziente inoltre presenta intensi vissuti di ansia a connotazione ossessiva con rituali di lavaggio, pensieri intrusivi, sensazione che le cose non siano come dovrebbero essere (NJRE).

Il percorso terapeutico, all’interno del quale hanno rivestito un ruolo centrale gli interventi basati sulla Schema Therapy, ha coniugato tecniche di terapia cognitiva standard a tecniche di terza generazione (ACT, DBT, Mindfulness). Particolare attenzione è stata volta a offrire

\* Psicologi, psicoterapeuti. Associazione Scuola di Psicoterapia Cognitiva (APC-SPC), Viale Castro Pretorio, 166, Roma; e-mail: dibenedetto@apc.it; gragnani@apc.it.

*Autore corrispondente: Serena di Benedetto.*

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 49/2021  
DOI: 10.3280/qpc49-2021oa13212*

*Serena Di Benedetto, Andrea Gragnani*

una cornice dialettica che alternasse costantemente un approccio volto all'accettazione radicale mantenendo un costante slancio al cambiamento. La relazione terapeutica è stata un imprescindibile strumento terapeutico servito spesso come contenitore dei vissuti emotivi legati all'indegnità del sé.

*Parole chiave:* Tricotillomania, Disturbo ossessivo-compulsivo, disregolazione emotiva, Terapia dialettico comportamentale, Schema Therapy.

### **Abstract**

*Giada: "la trappola dell'indegnità", a case of Trichotillomania in comorbidity with Obsessive-compulsive disorder and Borderline personality disorder*

This article describes the clinical case of Giada, a 19-year-old female with a borderline personality characterized by a pervasive emotional dysregulation. Trichotillomania and obsessive-compulsive disorder, two disorders belonging to the obsessive spectrum, represent dysfunctional attempts to manage the sense of unworthiness, combined with a deep self-repulsion and the deontological guilt for irreparably worsening one's body. This in turn increases the risk of one's imperfection being discovered and hence refused, abandoned by others. The repeat behaviours focused on one's body such as hair ripping in the pubic region and legs are on one hand premeditated and ritualized, when activated by the feeling of self-repulsion and the need to feel good enough, and on the other hand are an impulsive reaction to an emotional dysregulation, such as attempts to manage painful emotional and mental statuses. The patient also shows a history of anxiety and obsessive behaviours such as compulsive washing, intrusive thoughts, and feelings of "not just right experience" (NJRE).

The therapeutic path, within which the interventions based on Schema Therapy have played a central role, has combined standard cognitive therapy techniques with third generation techniques (Act, DBT, Mindfulness), balancing radical acceptance with a push for change. The therapeutic relationship has proven an important tool to contain emotional experiences linked to self-unworthiness.

*Key words:* Trichotillomania, Obsessive-compulsive disorder, emotional dysregulation, Dialectical behavior therapy, Schema therapy.

### **Presentazione del caso**

Giada è una ragazza di 19 anni, ha un fratello minore di 17 anni, abita alla periferia di una grande città del centro Italia. In seguito alla separazione dei genitori, avvenuta circa quattro mesi prima della richiesta di aiuto, alterna periodi in cui vive con il padre a periodi in cui sta con la madre. Al momento della presa in carico Giada frequentava l'ultimo anno di liceo scientifico, dopo circa due mesi ha conseguito il diploma con votazione 76/100 e si è poi

Giada: *“la trappola dell’indegnità”, un caso di Tricotillomania in comorbidità*

iscritta alla facoltà di Antropologia. La paziente chiede un appuntamento per un primo colloquio a cui è seguita una valutazione psicodiagnostica e quindi la presa in carico per un percorso psicoterapeutico. Nega di aver mai effettuato precedenti trattamenti psicoterapici e/o farmacologici. Giada appare curata nell’aspetto, tende sempre a indossare abiti molto semplici, più grandi della sua taglia, non usa quasi mai trucco, tende a voler passare inosservata e spesso a coprirsi più di quanto la stagione richiederebbe. Si osserva una postura dimessa e lo sguardo sfuggente, prevalentemente rivolto verso il basso, raramente rivolge lo sguardo all’interlocutore. L’eloquio è fluido ma spesso confusionale e disorganizzato, tende a seguire un flusso in cui i nessi associativi appaiono allentati e questo richiede spesso al terapeuta un intervento per riportarla al focus della conversazione.

### **Descrizione del problema**

La paziente decide autonomamente di intraprendere un percorso di psicoterapia riferendo di provare un *“caos emotivo ingestibile”* ed *“essere perennemente in balia delle emozioni”* che descrive come intense, violente e rispetto alle quali si sente del tutto inerme. Tale sensazione di incapacità a gestire le emozioni sembra investire tutti gli stati emotivi in modo indiscriminato: la rabbia, la vergogna, la tristezza, l’ansia, il disgusto, la colpa. Sono presenti repentini sbalzi d’umore anche se l’asse timico è prevalentemente orientato verso il basso, descrive inoltre frequente tendenza al pianto, difficoltà ad alzarsi dal letto e iniziare un’attività, alterazioni nei ritmi circadiani. La paziente parla del suo malessere facendo riferimento a un *“profondo senso di inettitudine e disgusto”* per se stessa. Riferisce la presenza di intensi stati emotivi negativi e timore di essere criticata e abbandonata. Rispetto agli altri sostiene *“temo di essere scoperta, smascherata, che gli altri si accorgano di quanto sono inetta, di quanto faccio schifo e quindi mi ripudino. Chi vorrebbe avere a che fare con una come me?”*. Il timore di essere criticata, sprezzata e dunque abbandonata dall’altro orienta molte delle condotte di Giada che, nel tentativo di evitare questa possibilità, attraversa periodi di totale isolamento al fine di nascondersi, impedire che l’altro possa smascherarla e quindi scansarla. I tentativi che Giada mette in atto per evitare l’esclusione e l’abbandono consistono prevalentemente nell’evitamento relazionale e nell’agito di vari coping disfunzionali, come i sintomi di lavaggio e i digiuni, volti a rimediare alla propria inadeguatezza e ridurre così il rischio di essere abbandonata. A questo si associa una elevata sensibilità alle critiche e ai segnali interpersonali: a minime

percezioni di distacco o rifiuto, o critica da parte degli altri, seguono stati di disperazione alternati a intensi e inappropriati scoppi di rabbia rispetto ai quali Giada sente di non avere nessun controllo. La rabbia può essere agita verbalmente in modo aggressivo, altresì sfogata attraverso ulteriori comportamenti disfunzionali focalizzati sul corpo o sul cibo, in questo caso con abbuffate. Rispetto ai propri stati emotivi è presente una tendenza costante all'autoinvalidazione, per cui Giada considera le sue emozioni inappropriate, sbagliate, fonte di vergogna e conferma dell'immagine di sé come indegna, difettata.

Da circa due anni Giada mette in atto una serie di comportamenti focalizzati sul corpo nel tentativo di gestire emozioni e pensieri dolorosi; rispetto a essi dimostra una buona quota di insight critico, riconoscendone il carattere disfunzionale nonostante l'incapacità nel gestirli. Questi comportamenti consistono nello strappamento ripetuto di peli localizzato alle zone del pube e delle gambe, che si presenta ogni giorno, anche più volte al giorno, per una durata complessiva di 2-3 ore al dì. Tale comportamento viene messo in atto rigorosamente da sola in bagno e provoca un importante sanguinamento e in alcuni casi infezioni, nonché numerose ed estese cicatrici per tutta la superficie interessata. Gli strappi, da un lato vengono agiti in maniera premeditata e ritualizzata, attivati dalla sensazione di disgusto per se stessa e dalla necessità di sentirsi adeguata, "apposto", tanto da fermarsi solo nel momento in cui le sembra di aver raggiunto la perfezione. Dall'altro, vengono agiti in maniera impulsiva, in seguito a un discontrollo emotivo, come tentativi di gestione degli stati emotivi e mentali dolorosi. Giada riferisce che attraverso questo comportamento raggiunge uno stato di "trance" che le permette di distaccarsi dal dolore. Il tentativo di resistere all'impulso è molto basso e raramente efficace. In passato la paziente ha messo in atto comportamenti autolesivi di tipo cutting, attualmente negati. È presente saltuariamente uso di marijuana e in passato alcol. Giada presenta una valutazione di sé molto negativa anche relativamente al proprio corpo, si definisce "*grassa e schifosa*", presenta comunque una condizione di normopeso (altezza: 155 cm; peso: 56 kg; BMI: 23,3). Da circa un anno alterna giorni in cui digiuna astenendosi completamente dall'assunzione di cibo a eccezione dell'acqua (fino a 6 giorni consecutivi), e giorni in cui si manifestano abbuffate oggettive, in cui la paziente mangia prevalentemente dolci e carboidrati. Rispetto al digiuno riferisce di sentire così una "*sensazione di controllo, di potere, mi sento sicura, onnipotente, mi ripulisco da tutto quello che è negativo in me*". Rispetto alle abbuffate "*lo faccio per consolarmi, per coccolarmi con il piacere del cibo*" e poi "*sono la conferma di quanto sono debole, inutile, inetta, non valgo niente*".

*Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità*

Il senso dell'identità personale è instabile e manca di coesione e integrità. Giada racconta di avere spesso la sensazione di non capire chi sia, cosa voglia, quali siano i suoi desideri, scopi, intenzioni. Riferisce *"mi sembra di avere a che fare con mille me, e non so mai quale aspettarmi di essere, mi confondo e non capisco più niente"*. L'instabilità affettiva, con repentine oscillazioni dell'umore, è inevitabilmente intrecciata a questa assenza di coerenza nel senso di sé.

La paziente inoltre presenta intensi vissuti di ansia a connotazione ossessiva con rituali di lavaggio, pensieri intrusivi, sensazione che le cose non siano come dovrebbero essere (NJRE) e ruminazione retrospettiva. I rituali di lavaggio e i controlli relativi alla pulizia degli oggetti che entrano in contatto con il suo corpo (pigiamina, asciugamani, vestiti, cuscino), comportano un notevole dispendio di energie fisiche e mentali, nonché di tempo (5-6 ore al giorno). Questo ha notevoli ripercussioni sullo svolgimento delle attività quotidiane e sulla regolarità nel sonno. Infatti, ad esempio, se la paziente ha un impegno la mattina presto si costringe a svegliarsi circa quattro ore prima dell'orario previsto per l'appuntamento (se ha una lezione alle 8:00 imposta la sveglia alle 4:00 del mattino), per consentirle di effettuare tutti i lavaggi e aver fatto tutto secondo i suoi standard rigidi. Anche fare la lavatrice diventa un impegno molto oneroso in quanto deve controllare con assoluta meticolosità che i vestiti, una volta lavati, non entrino in contatto con oggetti considerati "sporchi" che potrebbero a loro volta toccarli e di conseguenza contaminarla da germi o, più in generale, dallo "sporco".

Giada si vergogna profondamente degli strappi e dei lavaggi, tanto che nessuno, fatta eccezione del terapeuta, ne è al corrente e questo ha notevoli ripercussioni a livello sia sociale e interpersonale, sia nelle relazioni familiari, che nel rendimento scolastico. Giada passa gran parte della sua giornata da sola in camera, ha solo due relazioni significative con due amiche di vecchia data. Tutti i comportamenti disfunzionali descritti dalla paziente determinano un peggioramento del tono dell'umore, dei vissuti di autosvalutazione e demoralizzazione.

### *Storia di vita e della sofferenza*

Fin da piccola Giada si descrive come una bambina molto sensibile alle critiche, ai rimproveri e molto attenta all'immagine che dava agli altri di se stessa. Sia a danza, che a scuola, così come in famiglia, era sempre attenta a evitare che gli altri potessero esprimere giudizi negativi sul suo conto. Nei contesti sociali, in cui era particolarmente esposta al giudizio degli altri,

esperiva uno stato generale di tensione e allerta all'idea di essere osservata e mostrarsi inadeguata. Un evento che l'ha segnata profondamente fu un episodio di enuresi occorso durante un saggio di danza davanti ai compagni di scuola elementare e ai genitori. Racconta di essersi sempre sentita diversa dagli altri, come se fosse "fuori posto" e "non andasse mai bene" e che gli altri potessero accorgersene ed escluderla. La goffaggine era una caratteristica di cui si vergognava intensamente, ricorda di cene di famiglia in cui veniva redarguita freddamente o derisa in modo sarcastico dal padre e dalla madre se, ad esempio, faceva cadere l'acqua sul tavolo, o urtava qualcosa facendola cadere. Ricorda che in quelle occasioni di famiglia alternava momenti di chiusura, in cui teneva lo sguardo basso cercando di essere notata il meno possibile per evitare spiacevoli commenti o rimproveri di cui soffriva, a momenti in cui cercava di mostrarsi brillante, parlando "da adulta" per cercare di ottenere approvazione. Il clima familiare era caratterizzato da un'intensa emotività espressa da parte di entrambi i genitori, i litigi tra loro esplodevano improvvisamente e Giada riferisce di essersi sentita estremamente confusa in quei momenti e che questo le lasciava una costante sensazione di allerta, come se da un momento all'altro tutto potesse cambiare. La madre era profondamente ambivalente e imprevedibile: alla critica e l'invalidazione alternava la pretesa di vicinanza fisica e manifestazioni di affetto nei confronti e da parte della figlia. Giada non sapeva mai se aspettarsi dalla madre un rimprovero, un gesto invalidante o invece un gesto di vicinanza e contatto, che spesso però avveniva come riparazione dopo una lite. In questo contatto Giada si sentiva "costretta" e provava un senso di repulsione, non riuscendo a fidarsi di quella ricerca di intimità. Intorno ai 10 anni, in occasione di un pomeriggio di giochi con dei ragazzi vicini di casa, sperimenta per la prima volta lo stesso senso di disgusto e repulsione per l'avvicinamento da parte di un ragazzo. Questo gioco, a cui Giada partecipava per sentirsi e apparire agli altri come loro, adeguata, prevedeva che a turno potessero capitare delle effusioni tra i partecipanti. Arrivati al suo turno questo ragazzo invita Giada in camera da letto, la avvicina e la bacia. Tale evento è stato vissuto come una profonda violazione di sé in cui è entrata in contatto per la prima volta con "quel senso di schifo che mi porto addosso". Arrivata alle scuole superiori sperimenta ancora un profondo senso di inadeguatezza, non si era integrata con il gruppo classe, tanto da decidere di cambiare scuola al quarto anno, trasferendosi da una scuola di provincia a una scuola in centro città, attribuendo tale scelta al fatto che forse cambiando ambiente avrebbe potuto sentirsi finalmente adeguata e accettata. Inizialmente il cambiamento di scuola va bene, Giada si sente più sicura e stringe delle relazioni con dei pari. In questo periodo ini-

*Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità*

zia a fare uso di cannabis e alcol per fini ricreativi e, di nuovo, per sentirsi parte del gruppo. Durante l'ultimo anno di scuola superiore, alcuni episodi che verranno esposti successivamente nella descrizione della vulnerabilità storica, comporteranno la rottura dell'equilibrio precario del funzionamento della paziente determinando l'esordio della sua sofferenza che la porterà a chiedere aiuto.

### *Ipotesi diagnostica*

Sulla base della descrizione dei problemi riportati dalla paziente e gli strumenti psicodiagnostici utilizzati in fase di assessment, è possibile formulare una diagnosi di Tricotillomania e Disturbo ossessivo-compulsivo secondo i criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013).

Tali disturbi si manifestano nel contesto di una personalità che presenta tratti pervasivi del Disturbo Borderline, attualmente sono soddisfatti cinque criteri necessari per porre la diagnosi, mentre un criterio era presente solo precedentemente, quello relativo ai gesti autolesivi tipo cutting.

I criteri attualmente soddisfatti sono:

- sforzi disperati per evitare un reale o immaginario abbandono;
- alterazione dell'identità personale;
- impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per il soggetto (abuso di sostanze, abbuffate);
- instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore;
- rabbia inappropriata, intensa e difficoltà a gestire la rabbia.

### **Profilo interno del disturbo**

La paziente presenta un'idea di sé come indegna, difettata, disgustosa, inetta: *"Faccio schifo, sono orribile, disgustosa, un essere spregevole, un orco, un'ietta sociale, non valgo niente"* e immeritevole *"non merito la vicinanza dell'altro perché io non sono in grado di dare ed essere niente"*. L'idea dell'altro è prevalentemente giudicante, critico, svilente, sprezzante ma anche inaffidabile, non supportivo e imprevedibile, quindi pericoloso. La catastrofe principale temuta dalla paziente è che l'altro possa smascherarla nella sua difettosità, criticarla e dunque rifiutarla. Il verificarsi di tale eventualità significherebbe per lei scoprirsi e farsi scoprire dagli altri come un essere indegno e per questo essere esclusa e abbandonata. Gli scopi sovrainvestiti, in parallelo, sembrano essere l'amabilità e il valore personale. L'altro è allo

stesso tempo temuto ma indispensabile per rimandarle il proprio valore personale. L'approvazione, la stima e il riconoscimento degli altri è per Giada una condizione necessaria per potersi dichiarare e sentire una persona di valore. Per questa sua eccessiva dipendenza dal giudizio altrui, che si prefigura come negativo, prova disprezzo verso se stessa, criticandosi aspramente e auto invalidandosi. Gli stati emotivi dolorosi, generati il più delle volte da ricordi o pensieri negativi, vengono percepiti in modo molto intenso e la paziente si sente totalmente incapace di gestirli a causa dell'intensità emotiva. Per questo ricorre spesso a dei comportamenti disfunzionali quali lo strappo di peli, le abbuffate di cibo, l'uso di cannabis e i lavaggi. Il comportamento di strappo viene adottato dalla paziente con la funzione di distaccarsi dai pensieri e dagli stati emotivi raggiungendo uno stato di dissociazione che lei stessa definisce "trance". In questo stato riesce, almeno temporaneamente, a ridurre l'intensità degli stati emotivi e dei pensieri dolorosi. Attraverso lo strappo riferisce di riuscire a "spegnere il rumore nella testa". Con la stessa funzione viene utilizzata dalla paziente la cannabis, che la aiuta a distaccarsi dai pensieri e ricordi dolorosi. A tali comportamenti consegue però un'esacerbazione degli stati emotivi di partenza, con l'aggravante del secondario di forte critica, colpa e demoralizzazione.

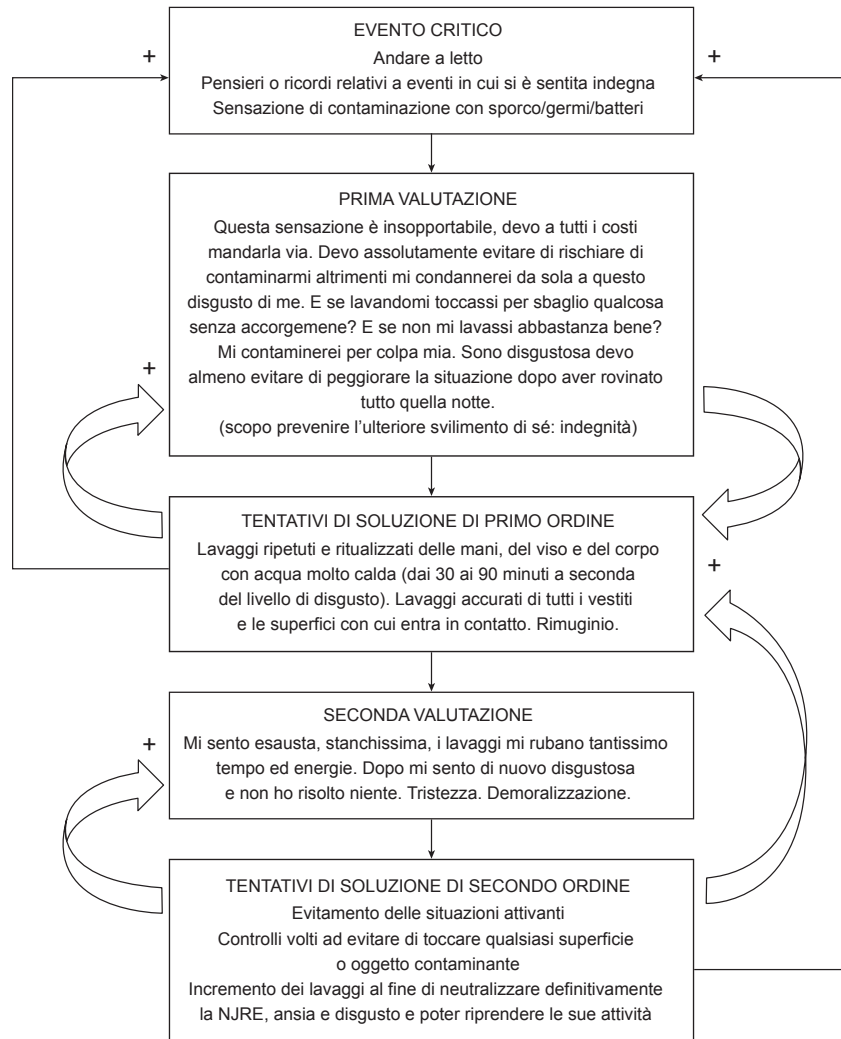
Le abbuffate sembrano invece avere una duplice funzione. In alcuni casi sono precedute dagli stessi stati emotivi che costituiscono l'antecedente degli strappi, ovvero colpa, vergogna, tristezza, o rabbia verso di sé, e attraverso il cibo tenta di gestire l'elevata intensità emotiva e la ruminazione mentale a essa collegata. In altri casi, invece, l'antecedente a livello emotivo è uno stato di rabbia legata a situazioni interpersonali. Giada, infatti, sperimenta stati di rabbia intensa quando percepisce che l'altro le stia negando attenzioni e cura e ricorre al cibo come mezzo di gratificazione e di autoconsolazione soddisfacendo da sola questi bisogni che ritiene frustrati dagli altri. Dopo un iniziale appagamento del bisogno di sicurezza e "calore", segue però una conferma dell'idea di sé come indegna e immeritevole, mantenendo il circolo vizioso disfunzionale. Nello schema sottostante è riportato in chiave grafica il modello di funzionamento della paziente rispetto ai principali comportamenti disfunzionali.

Spesso le conseguenze emotive di un comportamento, come ad esempio la tristezza, colpa e vergogna successivi al comportamento di strappo, riattivano il senso di indegnità personale e danno inizio a una nuova catena comportamentale che esita in un ulteriore comportamento disfunzionale, come l'abbuffata. Il risultato di tale disregolazione emotiva e dei comportamenti disfunzionali che ne derivano è un'esacerbazione degli stati emotivi e mentali che la paziente tentava di gestire inizialmente.





Fig. 2 – Schematizzazione grafica dei sintomi ossessivi secondo il modello di Mancini (2016)



I rituali di lavaggio, nell'immediato, aiutano la paziente a gestire l'intensità degli stati emotivi negativi, successivamente però, la paziente prova tristezza, demoralizzazione e aumenta il senso di indegnità e inadeguatezza.

*Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità*

Tenta di gestire tale valutazione secondaria attraverso evitamenti e ulteriori controlli che sia tutto pulito in modo da contenere i costi del disturbo. A questo punto la paziente si sente ancora più responsabile di dover essere pulita e pulire tutto ciò con cui entra in contatto in quanto è rinforzato il suo senso di indegnità personale, nonché la colpa che sente per non aver fatto abbastanza per evitarlo. Nella figura 2 viene riportata la schematizzazione in forma grafica dei sintomi ossessivi secondo il modello proposto da Mancini (2016).

Il secondario di vergogna, autosvalutazione e tristezza che la paziente sperimenta a causa dei comportamenti disfunzionali che agisce, provoca un ulteriore evitamento delle situazioni sociali con conseguente isolamento che alimenta il suo vissuto di indegnità ed esclusione riattivando il circolo vizioso alla base della sua sofferenza.

## **Fattori e processi di mantenimento**

### *Intrapsichici*

Diversi sono i fattori intrapsichici che contribuiscono a mantenere la sofferenza di Giada. I comportamenti disfunzionali (strappi, abbuffate) che mette in atto le impediscono di disconfermarsi che sia l'unico modo per uscire dallo stato mentale ed emotivo considerato troppo doloroso e ingestibile e sperimentare strategie alternative. Questo contribuisce a rialimentare i vissuti secondari di indegnità, colpa, tristezza e vergogna che a loro volta diventano trigger per ulteriori comportamenti disfunzionali. I pensieri intrusivi, soprattutto sotto forma di ricordi specifici legati a episodi di rapporti sessuali o comunque di intimità con l'altro sesso e la ruminazione relativa a queste tematiche, alimentano la disponibilità nella mente della paziente di episodi ed elementi che le confermano l'idea negativa di sé e il senso di indegnità personale. La tendenza costante all'autoinvalidazione e delegittimizzazione delle emozioni e dei bisogni mantiene la vulnerabilità e reattività emotiva e di nuovo il senso di sé come vulnerabile e indegna, così come la bassa autostima rinforza e mantiene l'autosvalutazione della propria immagine personale. La tendenza all'autoinvalidazione e delegittimizzazione, unitamente a uno stile comunicativo prettamente anassertivo, inibisce l'espressione dei bisogni, dei desideri e degli stati emotivi, favorendo così la disregolazione emotiva nonché il senso di isolamento e solitudine e quindi il vissuto di impotenza.

Inoltre, la tendenza alla fusione cognitiva e l'intensità dell'attivazione emotiva fanno sì che la paziente tratti come dati di realtà pensieri o ricordi. Rispetto al mondo esterno, la credenza che gli altri siano giudicanti, svilenti

*Serena Di Benedetto, Andrea Gragnani*

e pericolosi mantiene la tendenza all'isolamento e alla chiusura che di fatto le impediscono di fare esperienze positive che possano favorire la ristrutturazione di tali credenze. Infine, gli evitamenti rispetto alle situazioni sociali le impediscono di acquisire competenze interpersonali e la disconferma della propria inadeguatezza alle situazioni temute.

### *Interpersonali*

La rappresentazione di sé e delle relazioni con gli altri centrata sul senso di indegnità attiva spesso dei cicli interpersonali disfunzionali che finiscono col mantenere le credenze di base della paziente sostenendone la sofferenza. Un ciclo particolarmente rilevante è quello invalidante che si instaura con la madre. La madre ha un atteggiamento svilente e sprezzante nei confronti dei comportamenti che Giada mette in atto nel tentativo di gestire il suo senso di inadeguatezza e indegnità. La madre, ad esempio, adotta questo tipo di atteggiamento rispetto alle abitudini alimentari della figlia, criticandola, svilendola e rimproverandola quando si accorge che Giada ha mangiato più del dovuto. O ancora, rispetto all'attenzione ossessiva che la paziente ripone nel fare la lavatrice, le pulizie e riordinare la casa e dover necessariamente seguire una modalità ritualizzata nel farlo. Se, infatti, Giada mette in atto le compulsioni di lavaggio nel tentativo di ridurre il senso di indegnità personale, tali comportamenti vengono aspramente criticati, suscitando nella madre esattamente la risposta temuta: lo svilimento e la critica che le confermano il senso di indegnità. Il ciclo invalidante sopradescritto conferma le credenze su di Sé come difettata, indegna e non amabile, le credenze di un Altro critico e inaffidabile e della relazione come fonte di malessere e instabilità affettiva. Il risultato è un'esacerbazione del sentimento di indegnità che mantiene la disregolazione emotiva e i comportamenti disfunzionali a essa collegati.

### **Scompenso ed esordio**

Nonostante si tratti di uno scompenso progressivo e ingravescente, è possibile rintracciare un periodo in cui l'equilibrio della paziente ha iniziato a vacillare. Tale periodo risale all'autunno del 2017. A settembre di quell'anno la paziente aveva cambiato scuola, trasferendosi da un istituto superiore di periferia a una scuola al centro di una grande città. È diventato sempre più importante per lei l'antigoal di evitare le critiche e il giudizio dei pari (strumentali agli scopi sovraordinati dell'amabilità e del valore personale) e ha

Giada: *“la trappola dell’indegnità”, un caso di Tricotillomania in comorbidità*

iniziato a investire di più sull’importanza di dare un’immagine di sé come *“interessante, abile, con dei contenuti, socialmente apprezzabile”*. Nello stesso periodo, ad Halloween del 2017, è possibile riscontrare l’esordio durante una festa in un noto locale. Durante la serata, dopo aver bevuto molto e fumato marijuana entra in uno stato di confusione mentale e ha rapporti occasionali con due ragazzi separatamente. Questo episodio specifico ha consolidato l’idea di sé come indegna e immeritevole (*“ho fatto cose disgustose, ho macchiato tutto per sempre, non merito niente, come potrebbero gli altri starmi vicino dopo quello che è successo se mi faccio schifo anche da sola?”*). In particolare, questo episodio ha rappresentato nel funzionamento della paziente una macchia indelebile nell’immagine di sé, che ha inoltre innescato la credenza di dover espiare continuamente la colpa di essersi resa responsabile, in modo irrimediabile, di un danno così grande alla sua identità e, di conseguenza, all’immagine di sé. Da quel momento gli stati emotivi di vergogna, colpa, disgusto, rabbia sono diventati più frequenti e intensi e sempre minori le risorse per gestirli. Ha iniziato a evitare sempre di più le interazioni con gli altri confermandosi le credenze disfunzionali e incrementando i comportamenti disfunzionali.

## **Vulnerabilità**

### *Vulnerabilità storica*

La paziente è cresciuta in un ambiente familiare invalidante in cui ha vissuto un clima di neglect emotivo da parte della figura paterna che era praticamente sempre assente, i bisogni e gli stati emotivi della paziente non solo non venivano riconosciuti, ma c’era un totale disinteresse da parte del padre *“papà non c’era mai, con lui era impossibile un dialogo... mi ricordo le cene a casa, eravamo tutti e tre a tavola ad aspettarlo ma io sapevo ogni volta che non sarebbe arrivato... era al bar a bere lui... che schifo”*. La madre era invece presente ma imprevedibile, alternava rare risposte di disponibilità a risposte rabbiose, verbalmente aggressive e svilenti nei confronti della figlia. La paziente racconta che la madre disattendeva puntualmente le promesse e gli impegni presi con lei (*“ma che vuoi? Ma che ti cambia a te? Mi devi lasciar stare e non ti devi lamentare, sono io quella che ha da lamentarsi. Ci sono cose più importanti di quello che avevamo deciso di fare”*) e alle sue richieste di spiegazioni reagiva con rabbia, facendola sentire *“sbagliata e in colpa”* per il solo fatto di aver chiesto (*“io dovevo stare zitta e farmi star bene tutto, per me era normale così, quello che volevo non contava nulla”*,

“la cosa più brutta è che avevo sempre paura anche di chiedere”). Se la paziente provava a insistere per ottenere delle risposte o delle spiegazioni la madre diventava aggressiva verbalmente, ricorda di urla, bestemmie, grida che lei definisce “isteriche”. Inoltre, da quanto riferisce la paziente, la madre è stata depressa durante l’infanzia della figlia a causa della conflittualità con il marito, per cui lamentava spesso stanchezza, stress, di essere “sul punto di un esaurimento nervoso” e si mostrava disforica, apatica e triste. In alcune occasioni invece la madre, nel vederla distante, la faceva andare accanto a lei sul divano e la paziente riferisce “e dovevo per forza restarmene lì a farmi abbracciare, quando decideva lei e quando serviva a lei”. G. riferisce di non essersi mai sentita importante, considerata, dentro casa “avrei solo voluto che lei mi vedesse, che mi ascoltasse davvero, e invece era vuota”. Questo ha fatto sì che la paziente apprendesse uno schema dell’altro come imprevedibile o indisponibile e un’idea di sé come indegna e immeritevole, in qualche modo difettosa e sbagliata. Gli episodi di rimproveri drammatici e critiche sprezzanti hanno inoltre favorito la tendenza della paziente a sentirsi colpevole, responsabile, a sentirsi sempre in allarme (Not Just Right Experience) e a rendere necessario un atteggiamento prudentiale. Si struttura inoltre l’idea dell’altro come critico e giudicante. Anche nei rapporti con i pari racconta di episodi a scuola in cui si sentiva presa in giro e nel raccontarlo alla madre, cercando conforto, lei le rispondeva “ma non ti preoccupare, stai solo esagerando” (banalizzazione dell’esperienza emotiva) e “io mi sentivo confusa, non capivo se ero veramente io che esageravo, se ero sbagliata io” questo ha contribuito alla costruzione di un’identità poco definita, con un’intensa tendenza all’invalidazione e svalutazione di sé. La madre tendeva a banalizzare e sminuire le espressioni emotive, soprattutto quelle negative a cui corrispondeva un bisogno di considerazione e vicinanza. Rispetto all’espressione degli stati emotivi la paziente ha appreso che non solo è inutile esprimerli ai fini di ottenere sostegno e vicinanza, ma anzi è pericoloso in quanto rimanda l’idea di essere sbagliata e “doversi bastare da sola”. Ha sviluppato così la credenza che controllare le emozioni sia fondamentale e che le emozioni intense siano pericolose e per questo la spaventano. Inoltre, la costante invalidazione delle espressioni emotive ha portato la paziente a interiorizzare lo schema dell’autoinvalidazione e deligittimazione dei bisogni emotivi che ha costituito una base importante per lo sviluppo della disregolazione emotiva. È nata così una duplice modalità di espressione della sintomatologia: l’iperinvestimento nel controllo emotivo da un lato e le manifestazioni emotive esplosive dall’altro. Per cui ad esempio lo stesso sintomo tricotillomanico viene agito in alcune occasioni come tentativo di gestione emotiva, in altri come esito della disregolazione.

*Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità*

### *Vulnerabilità attuale*

L'elevata vulnerabilità emotiva, la scarsa abilità di discriminare e regolare gli stati emotivi, insieme alla costante tendenza all'auto invalidazione, costituiscono i principali fattori di vulnerabilità attuale. La sensibilità alle critiche e al giudizio, alla colpa e alla Not Just Right Experience, contribuiscono a mantenere la paziente in una condizione di vulnerabilità al ricorso ai comportamenti disfunzionali. A livello interpersonale, ulteriori fattori che incrementano la vulnerabilità della paziente, sono la scarsa rete sociale, carenza di relazioni interpersonali significative, nonché soprattutto il rapporto conflittuale con i genitori dai quali si sente tutt'ora invalidata, che non sente come fonte di sostegno, ma anzi come principali figure giudicanti e critiche, svilenti e inaffidabili.

## **Trattamento psicoterapeutico**

### *Obiettivi di contratto e razionale, strategia terapeutica e tecniche di cambiamento*

Fin da subito sono stati concordati con la paziente degli obiettivi di contratto specifici relativi alla regolazione emotiva e alla riduzione dei comportamenti disfunzionali, sia perché questa era la specifica richiesta della paziente, sia per la necessità di ridurre l'impatto dell'intensità emotiva che avrebbe reso impossibile lavorare sui nuclei psicopatologici relativi all'indegnità. Come obiettivi a medio e lungo termine è stata concordata la necessità di favorire l'acquisizione di un'immagine di sé più positiva e meno influenzata dalle credenze e dagli schemi disfunzionali, nonché il miglioramento delle relazioni interpersonali.

### *Descrizione della terapia*

La terapia ha avuto una durata di due anni, per un totale di 80 sedute a cadenza settimanale, attualmente procede con cadenza mensile con finalità di mantenimento e prevenzione delle ricadute. La prima fase della terapia è stata focalizzata sull'assessment, la definizione degli obiettivi e delle strategie terapeutiche. Già nelle prime sedute è emersa la complessità della sofferenza di Giada e la difficoltà nell'organizzare una formulazione del caso che potesse adeguatamente orientare il lavoro terapeutico. In questa fase è

*Serena Di Benedetto, Andrea Gragnani*

stata utilizzata la tecnica degli ABC, il diario dei comportamenti di strappo, le schede di monitoraggio dell'alimentazione, il diario dell'autoinvalidazione. Le tecniche citate sono state utilizzate con il duplice fine di comprendere al meglio il funzionamento della paziente e di conseguenza consentirle di esserne più consapevole, meno spaventata e incrementare il senso di potere rispetto ai cambiamenti terapeutici preposti. Contestualmente si è lavorato al fine di raggiungere una stabilizzazione dei comportamenti disfunzionali presentati dalla paziente in modo da interrompere i principali meccanismi di mantenimento, incrementare la motivazione e il senso di efficacia della paziente, e ridurre il timore rispetto alla disregolazione emotiva, restituendole la consapevolezza di avere un potere rispetto a quelli che considerava comportamenti automatici e ineludibili. A tal fine sono state utilizzate con grande beneficio tecniche di Mindfulness, sia formali che informali, per ancorarsi al momento presente, tecniche di accettazione esperienziale e respirazione, tecniche di defusione cognitiva per gestire i pensieri negativi e i ricordi dolorosi. L'utilizzo di tecniche di terza generazione come la Mindfulness e l'Act (Harris, 2009) sono state di fondamentale importanza al fine di aiutare la paziente ad acquisire strategie funzionali di regolazione dell'attivazione emotiva. Gli esercizi di defusione cognitiva come "le foglie sul ruscello" e "noto che sto avendo il pensiero di..." hanno aiutato Giada a muovere i primi passi verso l'acquisizione della consapevolezza che non tutti i contenuti mentali riflettono perfettamente la realtà, anzi, che essi sono spesso frutto di interpretazioni e soggetti all'influenza di schemi e credenze negative su di sé, sugli altri e sul mondo. Defondersi dai pensieri e accogliere le emozioni senza necessariamente reagire a esse, attraverso la disperazione creativa, sono stati i due primi step fondamentali per aiutare Giada a ridurre la sofferenza, essere meno spaventata e sentirsi più padrona di sé e quindi più coesa. Questo lavoro ha attraversato momenti di grande difficoltà caratterizzati dal dover lavorare spesso sull'urgenza riportata dalla paziente, i progetti delle sedute più volte venivano stravolti in modo estemporaneo rendendo necessario dare priorità al riportare Giada a uno stato emotivo basale. Questo è stato fatto di volta in volta in seduta insegnando alla paziente tecniche di respirazione e di rilassamento, mostrandole come fosse possibile imparare a notare la presenza di uno stato emotivo, lasciarlo essere, senza catastrofizzarlo e reagire a esso con comportamenti disfunzionali. Un aspetto fondamentale del lavoro terapeutico è stato mostrare alla paziente come fosse possibile non spaventarsi dell'angoscia e dell'elevata attivazione emotiva, utilizzando sempre la validazione e mostrandole in seduta come poterla gestire ed esortandola poi a sperimentare lo stesso a casa, con gli homework, nei momenti di crisi. Il terapeuta, infatti, ha sempre lavorato cercando un equilibrio tra la validazione,



*Giada: “la trappola dell’indegnità”, un caso di Tricotillomania in comorbidità*

imprescindibile per mostrare a Giada come le sue emozioni e le sue reazioni avessero un senso alla luce dei fattori ambientali, delle esperienze storiche familiari e dei suoi meccanismi intrapsichici, e il cambiamento attraverso l’utilizzo del Problem solving e della ricerca di comportamenti alternativi. In questo contesto si è lavorato per fornire alla paziente delle abilità di regolazione emotiva specifiche attraverso l’utilizzo di tecniche provenienti dalla DBT (Linehan, 1993). Sono state utilizzate molte skills dei moduli Tolleranza della sofferenza e Regolazione emotiva (Linehan, 2015). Inizialmente sono state molto utili le TIP per gestire le situazioni di crisi in cui la paziente sperimentava un’intensa attivazione emotiva. Le due tecniche che hanno aiutato maggiormente Giada sono state il cambiamento della temperatura corporea attraverso l’utilizzo dell’acqua ghiacciata, e il rilassamento muscolare progressivo. Quando Giada era già più capace di non reagire immediatamente agli impulsi e agli stati emotivi dolorosi l’analisi della catena comportamentale è stata di notevole aiuto per rendere consapevole la paziente dei fattori di vulnerabilità emotiva, comprendere il funzionamento delle crisi e promuovere un cambiamento dei comportamenti problematici con strategie di gestione alternative.

Una volta raggiunta una maggiore regolarizzazione dei ritmi circadiani, una maggiore stabilizzazione dell’umore e soprattutto una maggiore regolazione emotiva, la terapia si è poi focalizzata sui sintomi ossessivi al fine di ridurre le compulsioni di lavaggio. Il lavoro sugli aspetti ossessivi è stato svolto attraverso tecniche cognitive standard e tecniche provenienti dalla Schema Therapy (Young, 2003) quali l’Imagery Rescripting (IR). Dopo aver adeguatamente ricostruito il modello di funzionamento del DOC (Mancini, 2016) e individuato le funzioni dei comportamenti di lavaggio, si è scelto di avvalersi di tecniche immaginative provenienti dalla Schema Therapy alla luce di quanto tali sintomi fossero connessi a un senso profondo di disgusto di sé, legato all’ambiente profondamente invalidante e svilente (Tenore *et al.*, 2018). Il terapeuta ha aiutato Giada a riconoscere i vari Mode e imparare a individuare gli schemi attivi, i bisogni frustrati e i coping disfunzionali a cui faceva ricorso (Basile *et al.*, 2017; Luppino *et al.*, 2018). Con l’Imagery for Assessment sono stati rintracciati episodi antichi in cui la paziente avesse provato le stesse sensazioni fisiche legate agli stati emotivi protagonisti dei momenti di crisi attuali. Progressivamente, dopo la creazione di un luogo sicuro in cui Giada potesse tornare qualora il lavoro in immaginazione fosse diventato emotivamente troppo caldo, è stata utilizzata l’Imagery Rescripting. In questo modo il terapeuta, attraverso un adeguato re-parenting, ha aiutato la paziente a “riscrivere” alcuni importanti episodi in cui aveva vissuto una frustrazione importante dei suoi bisogni emotivi, fungendo da modello

*Serena Di Benedetto, Andrea Gragnani*

di adulto sano che invece li validasse e soddisfacesse. In questa fase della terapia Giada aveva come homework quello di riascoltare le registrazioni delle sedute di Imagery e provare a individuare, nei momenti di difficoltà, i bisogni della “piccola Giada”, il bambino vulnerabile, e le modalità più funzionali attraverso le quali soddisfarli con il suo “adulto sano”. La Schema Therapy è stata molto utile non solo attraverso il lavoro in immaginazione, ma in generale con il lavoro sulle parti. Nei momenti in cui Giada appariva particolarmente chiusa, reticente ad aprirsi, a causa dei suoi profondi vissuti di vergogna anche nei confronti del terapeuta, individuare il Protettore Distaccato e invitare Giada a consentirgli di poter dialogare con la Bambina Vulnerabile, in modo da poterla vedere e aiutare, ha rappresentato una chiave di accesso fondamentale e di sblocco in alcune sedute particolarmente difficili. In questo modo Giada ha imparato a potersi mostrare in sicurezza anche negli aspetti di sé che riteneva oscuri e indegni, imparando a legittimarsi i propri bisogni emotivi, validare le emozioni e progressivamente comunicarle in modo funzionale all’altro.

In questo modo, una volta raggiunta una maggiore accettazione di sé e una maggiore disponibilità a mostrarsi, è stato poi possibile lavorare sugli aspetti interpersonali, favorendo un miglioramento delle relazioni anche attraverso l’accettazione di una maggiore quota di rischio di ricevere critiche e giudizi negativi. Infine, per ridurre ulteriormente il senso di indegnità personale sono state utilizzate tecniche provenienti dalla Compassion Focused Therapy (Gilbert, 2010) al fine di promuovere un atteggiamento compassionevole e favorire il perdono di sé. È stato molto d’aiuto, seppur inizialmente molto difficile per Giada, iniziare a tenere un diario compassionevole, in cui ogni giorno scrivesse a se stessa delle parole di compassione, accettazione e affetto.

### *Relazione terapeutica*

Nel corso della terapia si è reso necessario ridurre gli obiettivi posti per ciascuna seduta a causa della disorganizzazione della paziente e della sua difficoltà a stare sui fatti. Nel corso dei mesi iniziali più volte la paziente ha saltato alcune sedute a causa dei costi del disturbo, quali la disorganizzazione, il vissuto di indegnità che la spingeva a evitare il contatto con l’esterno, la disregolazione nei cicli del sonno. In virtù dello stile fortemente auto invalidante adottato dalla paziente e dell’ambiente familiare altrettanto invalidante, è stato necessario fin da subito dare particolare importanza alla relazione terapeutica, cercando di favorire uno stile particolarmente empatico e validante, mantenendo al tempo stesso la giusta enfasi al cambiamento. È

*Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità*

stato adottato uno stile terapeutico improntato sulla dialettica, privilegiando un atteggiamento accogliente e mai giudicante, in cui la paziente potesse fare esperienza di un modello sano di riferimento nel quale si sentisse ascoltata e considerata al di là dei comportamenti disfunzionali. La relazione è servita spesso come contenitore dei vissuti emotivi legati all'indegnità del sé. A tal fine di notevole rilevanza sono stati gli elementi terapeutici provenienti dalla Schema Therapy, in cui il terapeuta ha vicariato la funzione di Adulto Sano fornendo un modello attraverso il quale la paziente potesse sperimentare un equilibrio tra validazione e cambiamento.

### **Assessment e valutazione di esito**

Per consentire un adeguato monitoraggio e una valutazione di esito della terapia, è stata effettuata una valutazione psicodiagnostica iniziale e due re-test, uno in itinere (dopo circa 12 mesi dall'inizio della terapia) e uno finale (dopo circa 24 mesi dall'inizio della terapia), quando si è valutato di poter concludere il percorso terapeutico mantenendo solo delle sedute mensili con finalità di monitoraggio e prevenzione delle ricadute.

Il processo di valutazione è avvenuto mediante la somministrazione di strumenti self-report atti a valutare lo stato sintomatologico della paziente. Nello specifico, sono stati impiegati l'SCL-90 – R (Symptom Check List 90 Revised); il BDI-II (Beck Depression Inventory II); lo STAI-Y (State Trait Anxiety Inventory – form Y); l'OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory – Revised); l'ASI (Anxiety Sensitivity Inventory).

I dati relativi ai Test/Retest mostrano un miglioramento generale delle condizioni cliniche della paziente. In particolare, dal test SCL emerge un indice di gravità globale pari a 1,01 che rispetto a quello emerso dalla prima (2,62) e dalla seconda (1,79) compilazione è nettamente in diminuzione. Questo denota una minore compromissione psicopatologica e una maggiore capacità di gestione e accettazione dei propri disagi. Nello specifico si evidenzia un calo in tutte le aree indagate dal test, con un abbassamento sotto la soglia della significatività clinica in tutte le aree che prima invece la superavano (Somatizzazione, Disturbi ossessivo compulsivi, Sensibilità nei rapporti interpersonali, Depressione, Ostilità, Ansia fobica, Ideazione paranoide e Psicoticismo). In particolare, dai dati relativi all'Ostilità (da 2,33 a 1,17), Ideazione Paranoide (da 2,83 a 1,17), Rapporti Interpersonali (da 3,67 a 1,33) si evince che la paziente, grazie alla relazione terapeutica, mostra una maggiore apertura alle relazioni e minore sfiducia che sicuramente è un indice prognostico positivo.

*Serena Di Benedetto, Andrea Gragnani*

Stesso calo al di sotto della soglia clinica si rileva per il BDI, in cui sia il punteggio totale (da 35,00 a 5,00) che il Fattore 1 Somatico Affettivo (da 18,00 a 2,00) che il Fattore 2 Cognitivo (da 17,00 a 3,00) subiscono un calo.

Per quanto riguarda lo STAI-Y il fattore Ansia di Stato rimane al di sotto della soglia clinica, mentre il fattore Ansia di Tratto diminuisce e scende al di sotto della significatività (da 71,00 a 48,00).

Nell'OCI-R il punteggio totale della prima compilazione superava la soglia clinica (31,00) mentre alla seconda subisce un netto calo al di sotto del cut-off (19,00); nello specifico anche le ossessioni scendono al di sotto della significatività clinica (da 12,00 a 4,00) mentre i rituali di lavaggio rimangono al di sopra anche se si segnala un notevole calo nel punteggio (da 11,00 a 6,00). Si segnala però un aumento nell'Ordinare, infatti il punteggio sale da 6,00 a 7,00 superando il cut-off alla seconda compilazione, tale aspetto infatti è oggetto attualmente del lavoro terapeutico. Da segnalare infine che anche il punteggio totale all'ASI scende (da 32,00 a 21,00), anche se alla prima compilazione non aveva comunque raggiunto la soglia clinica.

Sulla base del confronto fra le tre valutazioni si assiste a un abbassamento della frequenza di patologia come a dimostrare un miglioramento generale e dunque una minore compromissione del funzionamento globale della persona presa in esame. Nello specifico emerge un notevole miglioramento della sintomatologia depressiva e delle preoccupazioni ipocondriache oltre che dei sentimenti di rabbia e rancore, nonostante sembra rilevarsi una ancora presente tendenza a chiudersi in un mondo ruminativo a discapito della vita di relazione. Infine, appare interessante notare come vi sia un miglioramento relativo al tono affettivo e alla tendenza ad avere momenti di disforia; attualmente le sfumature di iperattivazione e oscillazione umorale sembrano presentare un notevole cambiamento in termini di maggiore gestione e minore intensità.

## **Considerazioni conclusive**

Giada ha interrotto i comportamenti disfunzionali di strappo, tanto che non si sono più verificati episodi in cui la paziente ha agito tale comportamento, lo stesso vale per i sintomi relativi al comportamento alimentare, la paziente segue attualmente un'alimentazione programmata e regolare, non si verificano più episodi di digiuno né di abbuffate. Ha appreso strategie di gestione alternative degli stati emotivi e mentali dolorosi, dai quali riesce a difendersi e a non lasciarsi travolgere. Anche la sintomatologia a carattere ossessivo presenta un netto miglioramento, non sono più presenti sintomi di

Giada: "la trappola dell'indegnità", un caso di Tricotillomania in comorbidità

lavaggio né relativamente al corpo né agli oggetti. La paziente da circa tre mesi ha iniziato un lavoro, affrontando in terapia la decisione di volere almeno temporaneamente lasciare gli studi universitari in quanto un impegno più intellettuale incrementava la frustrazione, l'isolamento e il senso di scarsa auto efficacia. L'inserimento nel mondo del lavoro, una volta abbassata l'intensità iniziale dei sintomi e dei comportamenti disfunzionali, le ha consentito progressivamente di riprendere contatti con il mondo esterno, riacquisire fiducia nelle sue potenzialità e rafforzare il lavoro svolto in terapia relativo alla ristrutturazione cognitiva delle credenze disfunzionali su di sé e all'accettazione non giudicante. Giada ha inoltre ripreso ad avere relazioni interpersonali significative, a uscire e ha inoltre intrapreso una relazione sentimentale con un ragazzo. Il lavoro sugli aspetti relazionali e sull'immagine di sé è stato fondamentale per consentirle di accettare quella quota di rischio imprescindibile che ogni rapporto umano comporta.

Il percorso terapeutico con Giada è stato tutt'altro che lineare e privo di ostacoli a causa dei nuclei profondi di vergogna e indegnità personale che spesso hanno rischiato di compromettere il lavoro. Tuttavia, Giada è riuscita, nonostante le resistenze iniziali, ad affidarsi al terapeuta consentendo di utilizzare i momenti critici come oggetto dello stesso lavoro terapeutico.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5* (5a ed.). (trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Arntz A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2): 189-208.
- Basile B., Tenore K., Luppino O.I. & Mancini F. (2017). Schema Therapy Model applied to Ocd. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(6): 407-414.
- Dèttore D., Pozza A. & Giaquinta N. (2019). *I disturbi da comportamenti focalizzati sul corpo. Caratteristiche cliniche e strategie di intervento in terapia cognitivo-comportamentale*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Gilbert P. (2010). *Compassion Focused Therapy: The CBT Distinctive Features Series*, London: Routledge (trad. it. *La terapia focalizzata sulla compassione*. Milano: FrancoAngeli, 2012).
- Harris R. (2009). *Fare Act. Una guida pratica per professionisti all'acceptance and commitment therapy* (trad. it. Milano: FrancoAngeli).
- Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., Follette V.M. & Strosahl K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6): 1152-116.
- Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-Based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2): 144-156.
- Linehan M.M. (1993). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline*. Il modello dialettico. Milano: Raffaello Cortina, 2001.

Serena Di Benedetto, Andrea Gragnani

- Linehan M.M. (2015). *DBT Skills Manual. Second Edition*. New York: The Guilford Press (trad. it. *DBT Skills Training Manuale*. Milano: Raffaello Cortina, 2015).
- Luppino O.I., Tenore K., Mancini F. & Basile B. (2018). An Integration of Schema and Cognitive Therapy in OCD Treatment (Part I): Goals and Beliefs of the Obsessive Mind. *Psychology*, 9: 2261-2277.
- Mancini F. (2016). *La mente ossessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mancini F., Gangemi A., Perdighe C. & Marini C. (2008). Not just right experience: Is it influenced by feelings of guilt? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39: 162-176.
- Mancini F. & Perdighe C. (2009). La formulazione del caso: schema per la presentazione dei casi clinici e per la supervisione. *Psicoterapeuti in-Formazione*, numero speciale. Testo disponibile al sito: [www.psicoterapeutiinformazione.it/numero-speciale-ottobre-2009.html](http://www.psicoterapeutiinformazione.it/numero-speciale-ottobre-2009.html).
- Tenore K. & Basile B. (2018). The Hystorical Vulnerability in OCD. In: Mancini F. (ed.). *The Obsessive Mind*. Abingdon-on-Thames: Routledge.
- Young J.E., Klosko J.S. & Weishaar M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press (trad. it. *Schema therapy. La terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità*. Eclipsi, 2007).