

CASO CLINICO

Nella stanza del terapeuta “da lontano”. Consapevolezza della propria identità sessuale e attacchi di panico durante la Pandemia attraverso l’Approccio Pluralistico Integrato

Paola Prosperi¹

¹ A.S.P.I.C. (Associazione per lo Sviluppo Psicologico dell’Individuo e della Comunità); ASPICARSA (Associazione di Ricerca Scientifica Applicata)



Citation

Prosperi P. (2022).
Nella stanza del terapeuta “da lontano”.
Consapevolezza della propria identità
sessuale e attacchi di panico durante
la Pandemia attraverso l’Approccio
Pluralistico Integrato
Phenomena Journal, 4, 117-138.
<https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.179>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l’autore

Paola Prosperi
paolaprosp72@gmail.com

Ricevuto: 25 ottobre 2022

Accettato: 5 dicembre 2022

Pubblicato: 5 dicembre 2022

ABSTRACT

The case illustrated in this article is that of 15-year-old girl, a student in a high school in Rome, who lives within a very present and attentive family and has a very enterprising and brilliant twin brother. The girl started developing panic attacks right after the beginning of the 2020 quarantine, due to the Covid Pandemic. Her psychotherapy begins in September 2020, not in person, but by remote meetings, because of her fears and preventive restrictions. The resolution of this case will show the use of Integrated Pluralistic Approach in psychotherapy. Will be shown how gestalt psychotherapy integrated with the humanistic therapy, cognitive-behavioral therapy, strategic therapy, Autogenic Training and meditation are used for management of anxiety disorders and of behavioral and psychoemotional consequences of the pandemic period. The difficulties of coming out and relationship problems with family members due to homosexuality must also be explored.

KEYWORDS

Gestalt Psychotherapy, Integrated Pluralistic Approach, Autogenic Training, Panic Attacks, Covid -19 Pandemic, Homosexuality.

ABSTRACT IN ITALIANO

Il caso illustrato in questo articolo è quello di una ragazza di 15 anni, studentessa in un liceo di Roma, che vive all’interno di una famiglia molto presente ed attenta ed ha un fratello gemello molto intraprendente e brillante. Questa ragazza ha iniziato a sviluppare attacchi di panico subito dopo l’inizio del lock down del 2020 dovuto alla Pandemia da Covid. Il suo percorso di psicoterapia inizia a settembre del 2020, non in presenza, ma a distanza, a causa delle sue paure e delle restrizioni preventive. La risoluzione di questo caso mostrerà l’utilizzo dell’Approccio Pluralistico Integrato in psicoterapia. Verrà mostrato come sono state utilizzate la psicoterapia gestaltica integrata alla terapia umanistica, alla terapia cognitivo-comportamentale, alla terapia strategica, al Training Autogeno e alla meditazione per la gestione dei disturbi d’ansia e delle conseguenze comportamentali e psicoemotive del periodo pandemico. Verranno esplorati anche le difficoltà di coming out e i problemi relazionali con i familiari dovute all’omosessualità.

PAROLE CHIAVE

Psicoterapia della Gestalt, Approccio Pluralistico Integrato, Training Autogeno, Attacchi di Panico, Pandemia Covid-19, Omosessualità.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

Da ormai qualche decennio la ricerca in psicoterapia [1, 2, 3], ha dimostrato quanto l'efficacia della terapia non sia dovuta solo ad un metodo utilizzato rispetto ad un altro, quanto invece ad una serie di fattori che influiscono in modo congiunto e integrato sull'esito del percorso effettuato [4, 5, 6]. Tali fattori sono: le caratteristiche del cliente in relazione a quelle del terapeuta, il sistema teorico di riferimento unito alle tecniche di intervento, la personalità del terapeuta e anche fattori casuali. In questi studi, quindi, è stato riportato che non esiste un metodo psicoterapico per eccellenza, ma che, a seconda della persona e dei sintomi che abbiamo davanti ci sono delle strategie che, in base alla fase della psicoterapia, sono più efficaci e idonee rispetto ad altre, per una veloce ed efficiente risoluzione del caso clinico [6, 7, 8, 9]. L'Approccio Pluralistico Integrato proposto dall'ASPIC [7, 8, 9], permette di poter lavorare in modo puntuale sui vari disturbi, utilizzando le tecniche e le metodologie più idonee ed appropriate a seconda del caso e della fase del ciclo della terapia, in quanto presuppone una visione globale e complessiva della realtà. Nella psicoterapia pluralistica integrata è previsto un approccio dinamico e flessibile a seconda delle esigenze peculiari di ogni singolo individuo con l'obiettivo di arrivare al cambiamento, alla remissione dei sintomi e al miglioramento della qualità della vita senza ricadute nel tempo [9]. Permette di avere infatti una visione unitaria dei vari approcci teorici e di vedere la persona bisognosa di aiuto nella sua complessità. Anche autori come Clarkin e la Linehan nei loro testi hanno lavorato su una integrazione delle teorie e delle tecniche per fornire una comprensione più completa e suggerire una terapia più efficace per i disturbi di personalità [10, 11, 12, 13].

In linea con questa premessa, nella mia esperienza clinica attraverso l'Approccio Pluralistico, la psicoterapia della gestalt [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20], la psicoterapia umanistica [21, 22, 23, 24], l'analisi transazionale [25, 26, 27], la psicoterapia cognitivo-comportamentale [28, 29, 30, 31, 32], integrate al Training Autogeno di Schultz e alla Mindfulness [33, 34, 35, 36, 37, 38, 39], sono state sia prospettive teoriche funzionali a comprendere e a gestire con consapevolezza il processo terapeutico nelle varie fasi, sia strumenti clinici fondamentali nel lavoro quotidiano con le persone in psicoterapia. All'interno di questi grandi orientamenti troviamo le risposte teoriche, le tecniche e i riferimenti indispensabili per una psicoterapia efficace basata sulle evidenze scientifiche. Proprio per questo motivo la terapia che viene descritta per questo caso clinico, integra le terapie precedentemente indicate, in quanto risultano essere le più efficaci per la risoluzione dei disturbi d'ansia in generale e in particolare per gli attacchi di panico [7, 8, 28, 30, 31, 32, 35, 38, 39, 40, 41].

In questa introduzione vorrei riportare anche alcune informazioni che riguardano un tema centrale del caso che seguirà, ovvero la difficoltà a comunicare le proprie scelte sessuali e l'omosessualità ancora ai nostri giorni. Effettivamente il tema dell'identità di genere è molto ricorrente in questi ultimi anni nel lavoro clinico e sicuramente estremamente delicato: alcuni ragazzi si trovano costretti a dover negare o nascondere le proprie preferenze, altri invece, esponendosi, vengono emarginati, criticati, mi-

nacciati, bullizzati per le loro scelte e per i loro vissuti; in entrambe i casi tra tensione, dolore, paura, rabbia e incertezze, ragazze e ragazzi vivono momenti molto particolari e avere la comprensione, l'accettazione e il sostegno della famiglia diventa fondamentale, sia per il processo di accettazione del Sé, che di riflesso, per costruire una buona autostima. Ormai la letteratura ci fornisce informazioni precise rispetto alla "fluidità" [42] adolescenziale o adulta, ovvero sulla capacità di provare attrazione per nessuno o per tutti i generi, in modo transitorio o meno; la fluidità non indica che non c'è identità sessuale, ma che non c'è rigidità, per cui si può essere flessibili scegliendo sia persone dello stesso sesso che di quello opposto. Negli ultimi anni il web e i social media hanno permesso l'emergere del disagio di tante persone e agevolato così la possibilità di supporto, di ascolto e di confronto, mentre nei decenni precedenti queste possibilità erano sicuramente molto più rare e difficilmente fruibili. Il mondo LGBT (nella dicitura odierna completa LGBTQIA+) è molto più consapevole delle sue caratteristiche e il percorso che può essere fatto insieme allo psicoterapeuta, è innanzitutto quello dell'ascolto e dell'accettazione di sé stessi, della risoluzione dei conflitti interni per facilitare le relazioni con gli altri e agevolare la comunicazione dei propri vissuti (di difficoltà, ma anche di benessere) in famiglia; inoltre, il lavoro terapeutico è fondamentale per il miglioramento dell'autostima e per tutte quelle tematiche che possono essere correlate al tema della sessualità [42]. Molti genitori pensano che i propri figli facciano delle scelte spinti dalla moda o da un capriccio; in realtà stiamo assistendo a processi di auto svelamento sempre più frequenti, a coming out anche provocatori, spesso perché, in questo movimento di riconoscimento della propria unicità, soprattutto nei ragazzi che hanno più consapevolezza, c'è proprio l'esigenza che la comunità si emancipi, sia meno rigida, sia più comprensiva e rispettosa delle scelte di ogni individuo. Ci sono purtroppo ancora troppe discriminazioni in Italia; ci sono dati che indicano al 79% l'intolleranza percepita, cosa che invece non avviene all'estero, come emerso nel Convegno "Edipo al tempo della sessualità fluida. La psicoterapia della Gestalt e il diritto alla non-identità", svolto a Siracusa a giugno 2022.

1.1. L'ansia e gli attacchi di panico in una visione gestaltica

In questo paragrafo viene fornita una lettura gestaltica dell'ansia e del disturbo da attacchi di panico. Di solito quando si verifica un attacco di panico si ha la sensazione di una paura intensa motivata dal pensiero di poter morire, di perdere il controllo, di avere un infarto, un ictus oppure di impazzire. La lettura fenomenologica, la prospettiva teorica e l'approccio clinico degli attacchi di panico tipico della gestalt danno grande rilevanza all'esperienza al confine-contatto¹ con l'altro. Secondo Perls e i teorici della gestalt [18] il panico è considerato un sano e normale adattamento creativo dell'organismo in particolari condizioni; può essere considerato un fenomeno di confine, che serve a proteggere l'organismo in situazioni di pericolo ambientale, quando la persona si trova davanti a qualcosa di improvviso e minaccioso e non può fuggire o difendersi efficacemente. Il panico, quindi è un tipo di risposta ad uno stress

1. Il contatto al confine è un processo che permette l'assimilazione e la crescita, e consiste, secondo Perls, nel lento costituirsi di una figura prevalente su uno sfondo, o contesto, del campo organismo/ambiente [15, 16, 17]

estremo. L'attacco di panico invece è un'esperienza in cui, anche se non ci troviamo davanti ad un pericolo concreto, vi è un'esperienza di panico vera e propria; quindi, compare comunque questa funzione protettiva del confine di contatto molto forte, in cui l'organismo, che si trova a rapportarsi con altre persone o situazioni o ambienti diversi, si sente inadeguato come se fosse di fronte ad un "pericolo estremo", provando un'ansia acuta senza sostegno, tanto da avvertire pericolo di morte. Come afferma Francesetti [41] nell'attacco di panico, a differenza dell'esperienza di panico, non c'è una minaccia ambientale reale a causare le sensazioni di paura, ma l'organismo sente crescere l'eccitazione e "non è in grado di reggerla non trovando nell'ambiente il sostegno adeguato né un sufficiente auto-sostegno" [41, p. 57]. L'ansia e il panico possono emergere nei vari momenti del ciclo del contatto (secondo Perls costituito dal pre-contatto, dall'avvio al contatto, dal contatto pieno e dal post contatto [15]), quando la persona sente di non avere le capacità per vivere l'esperienza ed entrare in contatto; questo la porta ad interrompere il ciclo del contatto per abbassare l'ansia esperita, non considerandosi in grado di affrontare quello che succede dentro e fuori di sé. La terapia serve ad avere il sostegno adeguato ad imparare a non interrompere il ciclo del contatto e a gestire l'ansia che ne deriva, attraverso un adattamento creativo. Anche secondo Robine [18], possiamo considerare l'angoscia o l'ansia come la manifestazione di un blocco o di una interruzione dell'eccitazione che serve per la crescita creativa. Di solito durante l'intera sequenza di un ciclo del contatto l'eccitazione si mantiene e cresce, fino a scomparire nella fase del post-contatto o ritiro, in cui vi è il vuoto fertile e si può dare spazio all'ascolto di un altro bisogno che avvia un altro ciclo del contatto. Questa sequenza come abbiamo visto, può essere inibita o addirittura bloccata, venendo a mancare un sostegno fondamentale per il passaggio alla fase successiva; in questi casi l'eccitazione diventa angoscia e quindi il soggetto non riesce ad attingere né da sé stesso, né dall'ambiente, alle risorse che gli sono necessarie per passare alla fase successiva del ciclo del contatto. Uno dei compiti dello psicoterapeuta consiste dunque, nel favorire la trasformazione dell'eccitazione fissata nell'ansia, in eccitazione attiva e quindi permettere l'analisi di questa immobilizzazione, dovuta ai vari meccanismi di difesa, che non permettono al Sé (che è l'agente di contatto con l'ambiente nel "qui ed ora") il naturale scambio e l'adattamento creativo tra individuo e ambiente. Di solito grazie alla funzione Es che si energizza, a partire da percezioni e sensazioni del corpo (pre-contatto), si arriva a far emergere una figura dallo sfondo, e ad attivare la funzione Io (contatto pieno), per poi attivare la funzione Personalità, nel post-contatto. A volte il semplice emergere di una figura di contatto anche poco chiara o poco definita può essere fonte di ansia. A causa di meccanismi di difesa, che a breve verranno approfonditi, si creano dei blocchi nel ciclo del contatto, per cui può accadere che un bisogno, un ricordo, un'associazione siano accompagnati da un'eccitazione che può generare ansia o panico, avendo l'effetto di impedire quello che vorrebbe emergere. Quando invece non ci sono blocchi, emerge una figura che permette il contatto che coinvolge a pieno la Persona. L'interruzione di questa sequenza, che fenomenologicamente corrisponde a non iniziare una sequenza del ciclo del contatto, può essere dovuta, ad esempio, al

meccanismo di difesa dell'introiezione o della confluenza che eliminano ogni rischio di diventare coscienti del proprio desiderio e di impegnarsi in un'azione in prima persona. In questi casi si arriva ad una desensibilizzazione, che viene riferita spesso come sensazione di vuoto.

A causa dei vari meccanismi di difesa quindi, non vi è il passaggio dal corpo al contatto, dal piano fisiologico al piano psicologico. L'eccitazione rimossa rimane a livello corporeo, per cui la sensazione non può manifestarsi in un affetto e diventare sentimento o emozione; così l'ansia pervaderà appunto il corpo e diventerà un attacco di panico: "La Gestalt vi si costruirà senza contatto con l'ambiente. L'eccitazione si immobilizzerà in questa fase sotto forma di patologie psicosomatiche ipocondriache e l'ansia si fisserà nel corpo" [18, p. 61].

Se invece l'eccitazione che serviva al raggiungimento del desiderio non è stata interrotta dall'introiezione o dalla confluenza, come abbiamo precedentemente visto, questa riuscirà a muovere quello che è sullo sfondo per trovare le risorse per costruire la Gestalt di cui ha bisogno il paziente. In questi casi c'è una attivazione sia da parte dell'organismo che dell'ambiente, perché la figura passa da un polo del campo all'altro (vedi nota 1), cioè dall'interno della persona all'esterno. Questa è la via privilegiata dell'emozione. Se invece il meccanismo di difesa della proiezione interviene ad interrompere questo flusso, il soggetto si costruisce uno schermo nei confronti del campo. In questi casi, il panico è dovuto al fatto che il soggetto si sente energizzato anche se, nello stesso tempo, si sente piccolo e indifeso nei confronti di un ambiente che sente pericoloso e minaccioso [18].

Il tema della controllabilità dell'ambiente, altra causa dell'insorgere dell'ansia, emerge invece quando interviene il meccanismo di difesa della retroflessione, che impedisce la possibilità di un contatto pieno facendo cambiare direzione all'energia, che piuttosto di essere diretta fuori dal corpo, ritorna verso la persona stessa. L'interruzione del ciclo del contatto attraverso la retroflessione permette alla persona di evitare di provare l'ansia che scaturisce dall'energia che la muove nei confronti del mondo. L'azione in questo caso, invece di favorire il contatto sul confine nell'interazione con l'altro o con l'ambiente, viene rivolta ai soli oggetti disponibili e raggiungibili, cioè il proprio corpo e la propria personalità. Se questa retroflessione avviene in modo consapevole, in realtà, potremmo essere di fronte a comportamenti adattivi e alla sublimazione di un bisogno che non può essere soddisfatto sul momento; quando invece avviene in modo inconsapevole l'aggressività (intesa come energia verso l'altro – dal latino "ad gredior"), non essendosi compiuta, può trasformarsi in ostilità nei confronti di se stessi, del proprio corpo e della propria personalità (malattie psicosomatiche, autoaggressione, ossessioni e compulsioni, rimorsi, rassegnazione, attacchi di panico). Per raggiungere il contatto finale, quindi l'ultima fase del ciclo, c'è bisogno di una spontaneità che richiede una diminuzione del controllo; questo permette di compiere un'azione utile, l'aprirsi al contatto, che favorisce il passaggio dall'Io-Tu fino ad arrivare a formare un Noi.

Negli attacchi di panico, quindi, c'è una difficoltà a far emergere dallo sfondo una nuova figura, in quanto l'organismo non si sente protetto al confine di contatto e, di

conseguenza, la persona si sente vulnerabile e indifesa come un bambino piccolo. Dal punto di vista della dinamica figura/sfondo nell'attacco di panico "lo sfondo su cui si potrebbe creare una nuova figura di contatto diventa all'improvviso fortemente problematico e precario, si frantuma e collassa" [41, p. 60]. Concludendo, la funzione Es e la funzione Personalità del sé, che di solito costituiscono il supporto per la formazione della figura di contatto, nelle persone che vivono l'attacco di panico, non riescono a dare sostegno a questo processo. Così nel lavoro terapeutico bisogna ripristinare la consapevolezza e il sostegno corporeo della funzione Es (l'ascolto dei propri bisogni) e la cognizione e l'assimilazione di ciò che la persona sperimenta nel contatto con sé e con l'ambiente, che alimenta la funzione Personalità. Il paziente ha bisogno di ricostruire degli sfondi che lo sostengano attraverso la relazione con il terapeuta [41] ed è questo uno degli obiettivi della terapia. Grazie al raggiungimento di questo obiettivo potrà successivamente iniziare a sperimentare un contatto al confine sano, senza meccanismi di difesa.

1.2. Il Training Autogeno integrato

Una breve introduzione deve essere fatta al Training Autogeno (T.A.) essendo per la sua efficacia uno tra gli strumenti più studiati ormai da vari decenni in tutto il mondo [34, 35, 37]. Schultz lo definì un metodo di auto distensione attraverso la concentrazione mentale, che consente di modificare tensioni sia psichiche che corporee; è un "allenamento che si genera da sé" (autogeno) che con esercizi sistematici e precisi, permette non solo di far diminuire e risolvere sintomi psicofisici, facendoli scomparire, ma anche di sbloccare e mobilitare capacità e attitudini interiori. Il T.A. permette di trasferire energie positive agli stati più profondi della personalità, decondizionare situazioni patologiche stabilizzate, smantellando meccanismi di difesa non sani, che impediscono il ristabilirsi di equilibri funzionali alterati, [36, 37]. Grazie a questa tecnica le persone acquisiscono, in poco tempo, la capacità di sperimentare distensione, calma e benessere, l'autoregolazione di funzioni corporee (per es. la circolazione sanguigna, la frequenza cardiaca, la pressione), un più profondo e rapido recupero di energie, un miglioramento delle prestazioni generali: aumento della memoria, della concentrazione, controllo dell'ansia in situazioni emotivamente impegnative (per es. gli esami, colloqui di lavoro), quindi aumento dell'autostima e dell'autoefficacia, diminuzione della percezione del dolore, una maggiore autodeterminazione, introspezione e autocontrollo. Per questi motivi il T.A. è particolarmente consigliato per tutti i Disturbi d'Ansia (Attacchi di Panico, Fobie, Ipocondria, Ansia Generalizzata, ecc.) e del Sonno (difficoltà di addormentamento, risvegli notturni frequenti, risvegli precoci con difficoltà nel ri-addormentamento) e per chi ha la predisposizione a Disturbi Cardiaci o Ipertensione [35, 36, 38].

2. Materiali e Metodi

Nel lavoro di integrazione in psicoterapia utilizzato in questo caso clinico, ci sono alcuni principi fondamentali che vorrei sottolineare. Innanzitutto, l'importanza della

relazione e l'alleanza terapeutica [43, 44, 45]: in particolare l'empatia, il calore, l'autenticità, la congruenza, tanto care a Rogers [21, 22, 23], contribuiscono a creare quel rapporto di alleanza, che vari autori nelle loro ricerche [3, 4, 6, 44, 45] hanno dimostrato essere un fattore altamente predittivo rispetto all'esito positivo della psicoterapia e di qualsiasi percorso di crescita. Possiamo essere a conoscenza di tecniche risolutive e saper maneggiare strumenti di comprovata efficacia, ma senza un atteggiamento empatico, l'accettazione incondizionata e la congruenza, l'intervento terapeutico rischia di essere fallimentare. Come afferma la Clarkson [43] la relazione con il terapeuta diventa evolutivamente necessaria e riparativa, in quanto ha delle caratteristiche particolari che forniscono al paziente un'azione curativa, correttiva, nutriente, a differenza di quella vissuta con i genitori, il cui comportamento può essere stato deprivante, carente, iperprotettivo o abusante. Questi concetti sono collegati alle teorie dell'attaccamento di Bowlby [46, 47, 48, 49] e dell'Infant Research [50, 51, 52], e sono indispensabili per "lavorare" efficacemente in modo completo ed integrato in base allo stile di attaccamento del paziente. Altri aspetti fondamentali di derivazione gestaltica e già citati nell'introduzione, che fanno da cornice al caso clinico riportato in questo articolo, sono l'attenzione al confine del contatto nel setting, l'attenzione alla figura e allo sfondo, la consapevolezza nel "qui ed ora", processi utili a far emergere il vero Sé [14, 18], che rappresenta la parte più autentica e sana della persona, basilari per costruire percorsi efficaci di terapia in ogni tipo di disturbo, e in particolar modo, nei disturbi d'ansia. Perls amava stimolare i pazienti al raggiungimento di questo obiettivo attraverso il lavoro con la sedia vuota e la sedia bollente, per cui li invitava a rivolgersi alla sedia come se ci fosse seduta una persona immaginaria con cui il paziente aveva difficoltà di relazione [19].

Come vedremo con il caso clinico riportato, il lavoro integrato permette di superare in tempi brevi i meccanismi di interruzione del contatto, insegnando ad ascoltare i propri bisogni e a far tacere i pensieri negativi e manipolatori del dialogo interno, per riuscire a sciogliere i conflitti interni. Questo lavoro di ascolto dei bisogni e delle parti più autentiche di sé, (ovvero l'Es per la psicoterapia della gestalt [19, 20], il Bambino interiore per l'analisi transazionale [25, 26]), è stato facilitato dall'apprendimento del T.A. [35] e di tecniche di Mindfulness [33, 39], che hanno permesso l'ascolto profondo, il contatto con il corpo e con le sensazioni emergenti collegate ai desideri, bisogni e affetti non consapevoli della cliente. Come precedentemente visto, in generale il T.A. è uno strumento clinico facilmente integrabile all'interno del percorso di terapia in quanto, come afferma Hoffman [38], unisce in sé elementi della psicoterapia cognitivo-comportamentale, della gestalt, dell'approccio umanistico, del lavoro di Milton Erickson, come anche gli antichi principi della Medicina Orientale e della Meditazione Trascendentale [35]. In questo caso, infatti, il T.A. è stato integrato a tecniche gestaltiche come il continuum di consapevolezza o la "sedia vuota" [14, 20, 53, 54], soprattutto perché la paziente denotava una scarsa consapevolezza del corpo, delle emozioni e poco contatto con i propri bisogni. Con persone che hanno queste difficoltà è fondamentale fare in modo che imparino ad ascoltarsi e ad essere più centrati, anche per migliorare la capacità di entrare in contatto con gli

altri senza meccanismi di difesa e avere relazioni più sane e soddisfacenti. Utilizzare il T.A. facilita anche il lavoro terapeutico con clienti particolarmente "iperattivi" o molto stanchi e scarichi a livello energetico, come la ragazza di cui vi parlerò, con cui può essere un ottimo modo per iniziare o chiudere la seduta.

3. Strumenti

Per facilitare la raccolta anamnestica e la costruzione dell'alleanza [43], nella fase del pre-contatto (primi 4 mesi) sono stati somministrati dei test grafici e un questionario sull'autostima di cui riporto di seguito delle informazioni. Nel corso di questa prima fase è stato anche elaborato il genogramma che consiste in una rappresentazione grafica delle relazioni familiari, in modo che possano emergere modelli familiari, eventuali copioni e fattori psicologici che rappresentano i rapporti con la famiglia, ed è stata utilizzata la fototerapia, ovvero l'uso di foto, per facilitare l'esplorazione e la scoperta di sé e lo stile di attaccamento [7, 8, 55].

3.1. Test Grafici

Questi strumenti [56, 57, 58, 59] vengono utilizzati sia per fare valutazioni cognitive che psicoemotive nei bambini e negli adolescenti. Sono facili da somministrare, perché non sono prove stressanti, non sono verbali e hanno una validità sufficiente. Possono essere usati anche con adulti, in quanto utili ad evidenziare elementi di psicopatologia. L'analisi dei disegni tiene conto di dati diversi: formali (grandezza, posizione, ecc.), grafologici (tratto, pressione), di contenuto (parti del disegno e dettagli). Il disegno dell'albero di Koch [60] è una delle tecniche più note, per cui attraverso l'analisi del disegno che rappresenta una proiezione dell'immagine di sé, è possibile rilevare lo stadio di sviluppo del soggetto e ritardi e disturbi di natura affettiva. Il Disegno della figura umana di Machover [56, 57, 61] serve a ricavare informazioni sulla personalità. Il Disegno della casa [62] fa emergere anche tratti di estroversione e introversione, apertura e chiusura nei confronti del mondo esterno. Il Disegno della famiglia di Corman [63] consente di far emergere i veri sentimenti del bambino/ragazzo verso i familiari. Sono strumenti semplici, rapidi, ben accettati in quanto vengono proposti come modalità di conoscenza iniziale, spiegando bene che non ci sarà un giudizio o una valutazione rispetto alle capacità grafiche; consentono di abbassare il livello di controllo e le difese e proiettare sentimenti, desideri, conflitti, atteggiamenti. Inoltre, essendo utilizzati all'inizio del percorso di terapia, oltre a dare delle informazioni sul livello cognitivo ed emotivo della persona, permettono di aiutare nella costruzione dell'alleanza terapeutica, servono per iniziare ad interagire nel *setting* terapeutico e a rassicurare la persona che può essere libera di esprimersi come più preferisce.

3.2. Questionario dell'Autostima

Il Questionario Autovalutativo dell'Autostima di Cornoldi [64], i cui risultati ver-

ranno riportati più avanti, è un questionario molto semplice che viene autosomministrato, in cui ci sono quaranta affermazioni a cui è possibile rispondere in maniera affermativa o negativa (Sì, è vero – No, non è vero); il questionario fornisce informazioni sulle relazioni con gli altri, sui sentimenti, sul comportamento e sull'autostima in generale. In adolescenza l'autostima di solito si è già stabilizzata, solo eventi fortemente negativi e ripetuti possono portare una buona autostima a diventare negativa, mentre una bassa autostima, dopo i 13 anni può essere modificata solo attraverso un lavoro costante di psicoterapia [65, 66]; essendo un costrutto legato all'attaccamento, al dialogo interno [67, 68], all'ottimismo [69], all'intelligenza emotiva [70] e alla resilienza [71, 72], un'indagine iniziale è sempre importante per capire quali sono le risorse interne presenti o i punti deboli su cui in seguito lavorare [64, 73]. Attraverso questo questionario, di solito si ricavano in breve tempo molte informazioni sui costrutti appena elencati e si possono iniziare ad esplorare varie dimensioni, la quotidianità dei ragazzi, la vita scolastica, le attività sportive, le interazioni con i coetanei e con gli adulti.

4. Processo Terapeutico. Nella stanza del terapeuta "da lontano"

Le premesse dei paragrafi precedenti fanno da cornice e servono come chiave di lettura rispetto a quanto emergerà negli incontri con la ragazza di cui parlerò in queste pagine. Il percorso, iniziato nel settembre del 2020, si è svolto principalmente a distanza, sia per la sintomatologia d'ansia che la paziente aveva già sviluppato sia per le restrizioni dovute alla Pandemia da Covid e alla Didattica a Distanza (DAD).

Francesca, questo il nome che darò alla mia cliente, è un'adolescente molto attiva, pratica l'atletica leggera dall'età di undici anni e prima della pandemia si allenava anche quattro volte a settimana. Quando ci siamo conosciute frequentava il terzo liceo scientifico in una classe molto disunita, in cui lei non si era mai trovata bene a causa, a suo dire, della 'superficialità' dei compagni e dei contrasti frequenti tra di loro. Inizia il suo percorso di terapia in seguito a degli episodi di attacchi di panico e per una crisi familiare dovuta al fatto che i genitori avevano scoperto che si stava frequentando con una ragazza.

Il primo appuntamento telefonico viene preso dalla mamma di Francesca, molto preoccupata e molto in ansia per la scoperta appena fatta e per gli attacchi di panico che la ragazza aveva avuto. Riesco a darle un appuntamento (senza la figlia) per un colloquio in presenza dopo una settimana e quando ci vediamo la signora è visibilmente scossa e addolorata. La sua più grande preoccupazione è il futuro della figlia, per la quale immagina situazioni di isolamento, scenari di discriminazione e di difficoltà nel mondo lavorativo a causa delle sue preferenze sessuali e dei suoi comportamenti trasgressivi. Mi riferisce di essere incredula, di non riuscire a capire come sia possibile che Francesca possa essere omosessuale e che le abbia raccontato delle bugie per riuscire a incontrarsi di nascosto con la sua "amica". Mentre racconta queste cose, iniziano ad uscirle delle lacrime; la ascolto non interrompendo il suo flusso emotivo e mi confida di sentirsi fallita come madre, mettendo in dubbio il suo operato e la

sua poca presenza nei primi anni di vita della figlia, essendo stata spesso lontana per motivi di lavoro. Dopo momenti di silenzio le chiedo cosa stia succedendo dentro di lei e cosa stia pensando: emergono emozioni come la vergogna, il disagio nei confronti della sua famiglia di origine e un'altra sua grande preoccupazione, ovvero la reazione di suo marito alla notizia che la figlia frequenta una ragazza. Mi racconta che ci sono stati litigi molto accesi tra Francesca e il marito nei giorni che hanno preceduto il nostro incontro, tanto che ancora non si rivolgono la parola; mi spiega che la ragazza si rifiuta di uscire dalla sua stanza da vari giorni e che non c'è modo di parlarle. Non conoscendo ancora Francesca, le riformulo quello che mi ha detto rispetto al fatto che la figlia è una ragazza molto intelligente ed in gamba e le descrivo le caratteristiche generali dei disturbi d'ansia rispondendo alle sue domande sugli episodi di attacchi di panico avvenuti durante gli ultimi mesi. Il ruolo psicopedagogico dello psicoterapeuta, rispetto a vari disturbi, è fondamentale sia alla comprensione del disagio che per una compliance che faciliti la collaborazione [6, 13, 30, 73]. Rispetto ai suoi timori per il futuro di Francesca, le rimando che sono leciti e comprensibili e le do qualche informazione sul mondo LGBT. Le spiego che il lavoro di uno psicoterapeuta consiste nell'accogliere le persone in modo empatico e autentico, nel dare sostegno, nel non giudicare, nel rispettare l'unicità della persona, nel dare anche informazioni utili a comprendere le situazioni al meglio. Le chiarisco che l'omosessualità non è una malattia e che è stata rimossa dai Manuali dei Disturbi Mentali negli anni '90. Lei mi racconta che la figlia ha avuto anche fidanzatini maschi e si interroga sulla possibilità che cambi idea e torni ad essere "normale", ovvero eterosessuale. La signora, inoltre, ipotizza che la figlia si sia fatta condizionare da una ragazza con cui si scrive continuamente al cellulare (un'amica di Firenze) e da tutti i video che si trovano nel web. Immagino che abbia la speranza che io possa dissuadere la figlia o convincerla a tornare ad essere "normale" per come intende lei la normalità, come tanti genitori sperano che accada.

In questo primo incontro le spiego anche il mio modello di lavoro (l'approccio pluralistico integrato) e che potrò darle un riscontro rispetto all'eventuale percorso di sua figlia dopo aver condotto almeno tre colloqui con lei. Aggiungo anche che se avranno bisogno di un eventuale sostegno come coppia genitoriale potrò indicare dei colleghi che sapranno aiutarli. Lo sguardo più sereno, le spalle più rilassate, un ringraziamento caloroso, mi confermano che questo incontro ha sollevato la signora Lucrezia (questo il nome fittizio che le ho dato) e la vedo andar via più speranzosa e meno preoccupata.

4.1. I primi tre incontri

Francesca è una ragazza molto bella, alta, capelli lunghi, fisico atletico; è molto simpatica e ha un'intelligenza brillante. Il nostro primo incontro è in presenza, mentre la maggior parte dei nostri colloqui sarà a distanza, dato che, purtroppo, il nostro percorso è stato "segnato" da varie quarantene preventive scolastiche e da due periodi di quarantena di Francesca per aver contratto il Covid.

Fin dai primi incontri riesce subito ad aprirsi con me e ad essere molto schietta rispetto alle sue problematiche e alle sue attuali difficoltà relazionali in famiglia e con i coetanei. La sua vita è sempre stata molto attiva, purtroppo però il lockdown l'ha costretta a rimanere chiusa in casa, senza poter frequentare l'ambiente sportivo e, come sappiamo, senza poter frequentare la scuola. È nata a Roma, vive in un quartiere tranquillo con suo fratello gemello e i genitori. Il fratello frequenta il liceo come lei, ma non sono in classe insieme e anche lui ha buoni risultati a scuola. Il padre lavora in una banca e la madre è impiegata presso le Poste. I suoi genitori si sono conosciuti da ragazzi e dopo essersi sposati hanno desiderato subito avere figli. La nascita dei gemelli è stata una gioia per tutta la famiglia. I primi tre anni di vita sono trascorsi senza particolari eventi, e i due fratellini, finito il periodo di maternità della mamma, hanno frequentato l'asilo nido. Francesca ha avuto ottimi risultati sia nella scuola primaria che nella scuola secondaria di primo grado, e anche la scelta del liceo l'ha soddisfatta. Fin da piccola ha amato fare sport, in passato ha sempre avuto molti amici, ma dopo il lockdown, qualcosa in lei è cambiato. Ha trascorso il periodo da marzo a maggio chiudendosi in sé stessa. Mi racconta della paura del contagio, portato anche dai mass media che trasmettevano notizie drammatiche, dell'attesa degli annunci alla tv che comunicavano decessi, delle restrizioni continue e secondo lei assurde (come il non poter uscire di casa), a causa delle quali non le veniva permesso di frequentare i suoi amici, nemmeno con la mascherina. Ricorda con tristezza l'impossibilità di fare anche solo una passeggiata (nonostante il suo bisogno di fare attività fisica all'aria aperta), la fatica della DAD, che ha vissuto come stressante e alienante. Mi accenna al suo primo attacco di panico prima della fine della scuola, preceduto da un periodo difficilissimo in cui Francesca ha iniziato sempre di più a sentire la paura, la tristezza, lo sconforto, e quindi l'ansia, percepita nel respiro e nel cuore ("che ogni tanto iniziava a battere così forte da sentirne il rumore"), la sensazione di debolezza, la confusione mentale e i pensieri di malattia e di perdita delle persone care. Francesca racconta: "Durante i mesi di DAD, mi sono sentita sempre più sola ed isolata, non mi sembrava più di essere me stessa, e mi sentivo come distaccata e lontana, e questa sensazione c'è ancora". Mi racconta che preferiva anche evitare di fare videochiamate con gli amici, mentre continuava a scrivere sui social, soprattutto usando WhatsApp, Twitter, Instagram. Queste sensazioni e l'aumentato utilizzo dei Social [74] sono in linea con quanto riportato da una indagine condotta dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP) per conto del MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) [75] su bambini tra i 5 e i 13 anni e ragazzi tra i 14 e i 19 anni. In questa relazione è riportato che le reazioni psico-emotive sperimentate dai bambini e ragazzi a seguito del ricorso alla DAD sono stress, nervosismo, irritabilità, depressione, maggiore faticabilità, minore concentrazione. Sempre da questa relazione è emerso anche "un aumento del 24% dei disagi e/o problemi psicologici manifestati con una variabilità di sintomi: ansia, calo del tono umorale fino al 'ritiro' e alla chiusura in sé, più frequenti tra le ragazze; rabbia, aggressività e opposizione, più tipica invece dei maschi". Queste manifestazioni sono scaturite, secondo gli esperti, dalla noia, dalla solitudine, dall'interruzione re-

pentina delle proprie abitudini di vita (ritmi scolastici, attività sportive, relazioni tra pari, condivisione delle problematiche scolastiche, interazioni con gli insegnanti) che per i ragazzi rappresentano una 'sicurezza'. Probabilmente Francesca ha risentito della mancanza di questi importanti punti di riferimento (ovvero della scuola, dello sport, ecc.) e avendo già una personalità ansiosa, ha sviluppato velocemente tutta una serie di sintomi psicofisici. Inoltre, il conflitto interno dovuto alla difficoltà di comunicare alla famiglia le sue preferenze sessuali ha sicuramente aumentato la tensione, già presente, facendo vacillare lo sfondo, in senso gestaltico, e la sua stabilità. Tanto è vero che nonostante fossero finite le restrizioni, anche al termine della scuola e durante l'estate Francesca non ha ripreso a frequentare gli amici, avendo paura di uscire e di avere altri attacchi di panico. Il secondo attacco di panico è arrivato mentre era a casa della nonna, e il terzo qualche settimana più tardi, mentre era in vacanza con la famiglia. Durante l'estate ha comunque continuato a chattare con la sua amica Alice, sempre più frequentemente finché, ad agosto, si sono "messe insieme". Mi racconta che, dopo esser tornata dalle vacanze al mare con la famiglia, finalmente si sono incontrate; si sono viste qualche volta di nascosto dai genitori, fin quando un giorno, la madre ha scoperto tutto: "Alice mi aveva prestato un vestitino e io dovevo restituirglielo; ho chiesto a mamma se mi accompagnava alla metro perché dovevo vedermi con i miei amici... io avevo una borsa più grande e quando mamma mi ha chiesto come mai avevo quella borsa, le ho detto che avevo messo dentro un giacchetto. Sono scesa dalla macchina e sono andata verso la metro aspettando che mamma andasse via, solo che lei è rimasta lì, senza farsi vedere, e quando è arrivata Alice ci ha viste che ci baciavamo". Mi racconta questa cosa con un'espressione molto seria, mi guarda come per cercare di carpire i miei pensieri, o meglio, il mio giudizio; rimango a guardarla con uno sguardo molto accogliente e comprensivo, e lei continua dicendomi che da lì, in casa, è successo di tutto: litigi, ramanzine, pianti della madre, urla del padre. Dice che i genitori sono esagerati, che sono vecchi, che mentre il fratello può fare tutto quello che vuole, lei non può fare né dire nulla; per lei ci sono solo critiche e divieti, Federico (questo è il nome che ho dato al fratello) invece è libero di rientrare quando vuole e di andare in metro dagli amici che vivono dall'altra parte di Roma tutti i fine settimana. In questi primi colloqui, mi rendo conto di quante emozioni, anche forti, ci siano dentro di lei, alcune più consapevolizzate e in figura, altre non consapevolizzate, sullo sfondo; alla fine del primo incontro le dico: "Abbiamo tante cose di cui parlare e se ti sei trovata bene e vorrai continuare, nei nostri incontri avremo tempo di capire e approfondire ogni cosa". Francesca risponde: "Una mia amica mi ha detto che gli psicologi ascoltano e basta; a lei, la sua, non dice nulla e 'sta cosa non mi stava tanto bene, invece, tu mi hai ascoltato e hai anche parlato (ride)... così mi piace di più". La riformulazione [21, 23] è fondamentale per far comprendere ai pazienti che la nostra presenza nel setting è attiva e che il nostro ascolto è attento e completo. Inoltre, il commento di Francesca è chiaramente un indicatore della iniziale soddisfazione nella relazione, che rende più facile la costruzione dell'alleanza terapeutica.

4.2. *Costruzione dell'alleanza, insieme nel setting a distanza*

All'inizio degli incontri chiedo sempre alle persone che seguo di fare dei disegni, anche nelle terapie a distanza, perché i Test Proiettivi (dell'Albero, della Famiglia, della Casa, della Figura Umana, già descritti in un precedente paragrafo) servono per iniziare a conoscere la persona, a vedere come scrive, come impugna la matita, come gestisce il dover disegnare, quindi, se si rilassa o entra in tensione, come vive la presenza di un osservatore silenzioso che "giudicherà" il suo operato. "Oddio! Non so disegnare, è dalle scuole medie che non disegno più!", mi dice Francesca quando le comunico che inizieremo il nostro secondo colloquio con dei disegni. La tranquillizzo che non ci sarà un voto, né un giudizio per quello che disegnerà e che le spiegherò l'utilità di questi disegni solo quando avrà finito, in modo da non influenzarla. Non serve in questa sede fare un'analisi dettagliata dei disegni, darò solo qualche spunto per far comprendere l'immagine che Francesca propone di lei attraverso queste prove grafiche. Per prima cosa disegna un albero che riempie quasi tutto il foglio, più spostato sulla sinistra, con un tronco solido, ma senza una base, che lascia immaginare disegnando dei ciuffetti d'erba ai lati; la chioma è ricca ma come schiacciata nella parte superiore e piccola rispetto alle dimensioni del tronco. La sensazione che si prova guardandolo è di restrizione e costrizione, facendo immaginare una personalità che vorrebbe espandersi, esplorare, ma che sente da una parte di avere delle basi labili e dall'altra, cioè in alto, poco spazio per esprimersi e crescere come vorrebbe. Il disegno della Casa è il classico disegno della casa in collina con il viottolo che arriva fin davanti alla porta. Due sole finestre nella facciata frontale, chiuse, e un finestrone laterale; sul tetto spiovente un camino spento da cui non esce il fumo. In cielo splende un bel sole, ma la sensazione di chiusura e di sfiducia nei confronti del mondo è palese. La Famiglia è disegnata molto piccola rispetto al foglio: Francesca si disegna per prima vicino al fratello, poi disegna la madre e infine il padre; la madre viene disegnata leggermente più alta rispetto al padre e tutti i componenti della famiglia sono sorridenti. Lei si pone come elemento più distante della figura paterna, che comunque descrive come protettiva, divertente e severa. Si disegna con lo stesso abbigliamento del fratello. Il disegno della Figura Umana invece è molto simile a come lei si rappresenta nel disegno della famiglia: questa ragazza, di 21 anni, viene descritta come estroversa, gentile, bella, disponibile, felice, solare ed intelligente quindi, completamente diversa da come lei si vede e più vicina a come vorrebbe essere; la figura maschile invece viene disegnata leggermente più piccola, meno sorridente, gli attribuisce l'età di 18 anni e lo descrive come un ragazzino timido, gentile, divertente, bello e studioso, un po' come il fratello.

Di solito con i ragazzi utilizzo anche il Questionario autovalutativo dell'Autostima [64] già descritto precedentemente. Nel caso di Francesca questo questionario all'inizio ha dato delle informazioni molto interessanti, collegate all'ansia, all'opinione su sé stessa e sulla sua sessualità, sul rapporto con gli altri che, come vedremo in seguito, è caratterizzato da molta severità e molta rigidità. Dal questionario emerge un'autostima al di sotto della media in tutte le 4 dimensioni. Per rendere più com-

prensibile la situazione di partenza di Francesca riporto alcune affermazioni a cui lei risponde "Sì, è vero": "Se potessi cambierei molte cose di me stesso", "Mi scoraggio e divento triste facilmente", "Non ho fiducia di me stesso", "Mi piacerebbe essere felice come gli altri", "Sono spesso preoccupato per qualcosa"; risponde invece "No, non è vero" alle affermazioni: "Mi sento importante come la maggior parte delle persone", "Sono carino come la maggior parte delle persone", "Alla gente piacciono le mie idee". È molto importante rivedere le risposte insieme, perché i ragazzi forniscono tante informazioni utili a conoscerli più in profondità e questo serve a facilitare la costruzione dell'alleanza terapeutica. Mentre rileggiamo insieme il questionario, mi racconta di alcuni eventi accaduti a scuola, dei contrasti con i compagni e con i professori che non ascoltavano o rispettavano le sue idee o le sue richieste, della sua rabbia e tristezza costante, delle giornate in cui, essendo in DAD, rimaneva con la telecamera oscurata per non farsi vedere, della paura del giudizio degli altri e del suo essere molto giudicante e critica.

Alla fine dei tre incontri iniziali, Francesca identifica quelli che per lei sono i tre problemi principali, ovvero la gestione dell'ansia, le sue modalità aggressive e i conflitti con i genitori, la mancanza di autostima. Le spiego che nei nostri incontri cercheremo di capire e conoscere meglio quanto le accade, che approfondiremo il suo stile di pensiero e che utilizzeremo anche il T.A. per prevenire e gestire i sintomi degli attacchi di panico; aggiungo che, seppur a distanza, in ogni incontro cercheremo di vivere insieme quello che emerge nel "qui ed ora", consapevolizzando i suoi pensieri e le sue emozioni. Alla fine del terzo incontro le propongo un piccolo esercizio di consapevolezza, al termine del quale Francesca mi riporta che, nonostante lei fosse nella sua stanza e io nel mio studio, si era sentita molto tranquilla, come se io fossi vicina a lei.

Nel colloquio con entrambi i genitori, avvenuto a distanza, a causa della quarantena preventiva a cui erano sottoposti, ero stata informata che dall'inizio dei colloqui, Francesca in casa era stata più tranquilla; anche il padre aveva iniziato ad accettare l'omosessualità della figlia, seppur ancora non fosse riuscito a parlarne con lei. Dopo aver delineato il quadro "clinico" di Francesca, ho condiviso gli obiettivi e le modalità con cui avrei condotto i colloqui in questo percorso terapeutico e all'improvviso la mamma si era lasciata andare ad un pianto liberatorio: nei mesi precedenti si era sentita sola e impaurita, con il timore di non poter far nulla per riprendere il rapporto con la figlia e per aiutarla a stare meglio, mi riferisce dopo essersi tranquillizzata. Inoltre, probabilmente, parlare della figlia e del percorso terapeutico, aveva fatto emergere in lei uno stato emotivo che fino a quel momento era rimasto trattenuto sullo sfondo; alla fine del colloquio si sentiva più fiduciosa, più ottimista e meno sola: essendo riuscita a coinvolgere con questo nostro incontro anche il marito, sentiva di potersi appoggiare un pochino di più a lui e su mia sollecitazione, gli aveva espresso il suo bisogno di potersi fidare senza aver paura delle sue reazioni.

4.3. Nel contatto pieno, da lontano. Fasi centrali del percorso terapeutico

Da vari anni ho avuto modo di condurre terapie con persone all'estero o in altre città italiane. L'efficacia della terapia non è messa in gioco dalla distanza o dallo schermo, anzi per alcune persone avere la possibilità di vedere sullo schermo il viso del terapeuta, a distanza ravvicinata sul cellulare o sul monitor del computer, è servito a sentire una maggiore vicinanza, a facilitare il contatto, la relazione e l'alleanza terapeutica. Per Francesca è stato forse ancora più semplice, perché abituata ad avere contatti sui Social con le videochiamate, ancor prima della Pandemia; poterci vedere e stare insieme attraverso questa modalità, anche mentre aveva il Covid o nei periodi in cui era costretta alle quarantene preventive, è stata una risorsa fondamentale e per lei una tranquillità, in quanto non è stato mai interrotto il percorso terapeutico.

Il T.A. e gli esercizi di consapevolezza le sono serviti inizialmente per passare più facilmente dal pre-contatto al contatto pieno [18, 35] di ogni colloquio, ad imparare a rimanere nel "qui ed ora" e a non perdersi in racconti e voli pindarici poco utili al contatto e a comprendere cosa fosse in figura in un dato momento, per permettere allo sfondo di emergere. Francesca aveva la tendenza a raccontare nei minimi dettagli tutte le conversazioni con Alice, con i compagni con cui litigava o con la mamma, senza contattare e consapevolizzare le emozioni e i vissuti collegati a quegli eventi. In un lavoro a distanza, pian piano era riuscita a consapevolizzare tutta la tensione trattenuta sulla mascella, per tutto il giorno, riuscendo a riconoscere le sue modalità di interruzione del ciclo del contatto. Ascoltando la tensione abbiamo amplificato inizialmente la stretta ai denti, cercando di far emergere quello che era stato trattenuto. Lavorando con la tecnica della sedia bollente, dopo aver esplorato la rabbia nei confronti dei genitori, era emersa tristezza, la gola che si chiudeva, singhiozzi, paura di non andar bene, di essere sbagliata, fin poi a sentire la gola libera e le mascelle indolenzite, ma rilassate: "Mi sento libera, sono ancora un po' triste, allo stesso tempo mi sento rilassata, sento la gola libera, le guance morbide".

Quando all'inizio chiedevo a Francesca che cosa sentisse, cosa provasse in un determinato momento del colloquio, aveva difficoltà a identificare le sensazioni, le emozioni o i bisogni, come accade con la maggior parte delle persone. Col tempo invece il suo iniziare le frasi dicendo "In questo momento mi sento... Mentre parlo ho questa sensazione... Avevo bisogno di..." ha confermato la sua capacità di ascoltarsi ed essere più consapevole, nel "qui ed ora", di ciò che avveniva dentro di lei, dell'essere più a contatto con sé stessa, senza intrusioni del pensiero. Grazie a questo, è riuscita ad elaborare il suo dolore e la sua rabbia, consapevolizzando i suoi meccanismi di difesa e, conseguentemente, liberando l'energia trattenuta. In particolare, un lavoro sulla rabbia nei confronti del padre e del fratello, le è servito a consapevolizzare e a comprendere emozioni e bisogni che non erano in figura, per poi sciogliere le tensioni collegate ad essi. Mentre parlava di una discussione con il fratello, infatti, era entrata in contatto con il dolore allo stomaco, la pancia tesa, le mani troppo calde, ed era sopraggiunta una forte ansia. Aveva immaginato di avere una palla gigante rossa e infuocata nello stomaco e pian piano era riuscita a portare in figura il suo bisogno di

essere ascoltata e compresa, innanzi tutto in famiglia, e conseguentemente fuori, a scuola. Era anche riuscita a esternare la rabbia e la paura per la severità del padre e ad associarla alla sua severità nei confronti degli altri, e al bisogno di essere capita e accettata dagli altri e di capire e accettare sé stessa. In un altro incontro, seduta sulla punta della sedia della sua camera, mentre parlava concitatamente di un recente litigio con i genitori che davano ragione alla sua professoressa di Italiano per una discussione avuta durante la DAD, continuava inconsapevolmente a toccarsi la pancia con la mano destra, mentre con la mano sinistra si massaggiava la spalla destra, come a tranquillizzarsi ed abbracciarsi. Dopo aver contattato la rabbia più in figura, con l'utilizzo della tecnica della sedia vuota, era riuscita ad elaborare un evento del passato in cui aveva sofferto per non essere stata difesa dai genitori; alla fine del lavoro aveva contattato la tristezza e il suo bisogno di essere rassicurata, il suo bisogno di lasciarsi andare in un abbraccio con la madre. Essendo in collegamento video, riferii che se fossimo state nella stessa stanza, mi sarei avvicinata a lei e le avrei chiesto, nel "qui ed ora", vista l'assenza della mamma, che cosa avrei potuto fare io per lei; ma essendo distanti, le proposi di chiudere gli occhi e di immaginare quell'abbraccio di cui aveva sentito il bisogno in quel momento: Francesca, chiusi gli occhi, dopo qualche momento di silenzio, mi disse che aveva immaginato di essere piccola e di stare accoccolata sulle gambe della mamma. Il suo bisogno antico di rassicurazione e attaccamento aveva ancora necessità di essere nutrito. "Quanta fatica spreco ad essere sempre arrabbiata... sono così complicata... ho bisogno di una cosa e faccio il contrario di quello che dovrei fare... è normale che gli altri non ci capiscono niente... da domani voglio provare ad ascoltarmi di più..."; sicuramente essere più consapevole dei suoi bisogni l'ha aiutata ad essere più tranquilla, più assertiva e meno aggressiva, evitando le interruzioni del contatto che la portavano ad avere comportamenti completamente disfunzionali rispetto ai suoi obiettivi.

4.3.1. Gli attacchi di panico

Francesca racconta del suo primo attacco di panico in un incontro in cui si sentiva molto agitata: "Un pomeriggio mentre ero a casa, sdraiata sul letto, mi stavo per addormentare... ad un certo punto ho sentito il cuore battere fortissimo, mi sono seduta sul letto perché mi sembrava strano, ho avuto paura perché non riuscivo a respirare, e mi sono accorta che avevo le mani sudatissime", è seria mentre parla, si guarda le mani: "Ho pensato che mi stesse succedendo qualcosa e ho subito chiamato mamma che stava a lavoro". Iniziano ad uscire delle lacrime, si appoggia sullo schienale della sua sedia e dice a bassa voce: "Pensavo di morire, nemmeno quando facevo i 100 metri il cuore mi batteva così forte". Mi racconta di aver telefonato alla madre, ma che questa non era riuscita a tranquillizzarla, anzi si era spaventata e le aveva chiesto se avesse fumato qualcosa, se fosse successo qualcosa a scuola, o se avesse bisogno di rimettere; l'aveva rassicurata che sarebbe uscita subito dal lavoro e che sarebbe passata a prenderla per andare al Pronto Soccorso. Intanto il fratello, che l'aveva sentita parlare con la madre in modo agitato, la raggiungeva e cercava di tranquillizzarla.

Purtroppo, lei era troppo impaurita e mentre piangeva, gli urlava che non poteva stare tranquilla se non riusciva a respirare e sentiva di star per morire. È molto frequente, infatti, che i tentativi di rassicurazione in questi momenti, non vengano apprezzati, anzi spesso rendono le persone ansiose ancora più nervose, in quanto non si sentono capite. Questo primo episodio, per lei, è stato particolarmente drammatico; solo dopo qualche ora in Ospedale, grazie agli ansiolitici somministrati, riesce a rilassarsi un pochino. In questa occasione anche la madre, sufficientemente ipocondriaca, ricorda di essersi spaventata molto, soprattutto perché Francesca non aveva mai avuto problemi di salute e perché il pensiero di dover andare in Pronto Soccorso con il rischio di prendere il Covid, l'aveva terrorizzata. Nel racconto di Francesca l'essersi trovata da sola a casa, la paura di poter morire, il ricordo della lunga attesa in pronto soccorso sono i momenti più drammatici e difficili da ripercorrere. Torneremo su questi ricordi nei mesi successivi più volte, pian piano Francesca troverà le parole per rassicurarsi e tranquillizzarsi nei momenti di tensione, facendo dialogare il suo genitore e il suo bambino interni [24], soprattutto imparerà ad ascoltarsi, senza avere la sensazione di pericolo, riuscendo a ricostruire uno sfondo sicuro e stabile dentro di lei.

4.3.2. Conclusioni del processo terapeutico

Grazie all'Approccio Pluralistico Integrato, col tempo, i sintomi dell'ansia sono diminuiti e in meno di due anni sono spariti anche definitivamente gli attacchi di panico; è ripresa l'attività sportiva, è aumentato il dialogo in famiglia e il sostegno emotivo (principalmente con la madre soprattutto dopo la perdita della nonna). Nel mese di giugno 2021, somministrato di nuovo il questionario sull'Autostima, i valori erano già migliorati notevolmente soprattutto nella sfera dell'autostima generale e in quella relazionale. I suoi rapporti con gli amici e con i compagni di classe erano migliorati fin tanto da essere eletta Rappresentante di classe all'inizio del quarto anno (settembre 2021). Dando una lettura sintetica in termini gestaltici, nel percorso terapeutico di Francesca, la funzione Es, passando più facilmente alla consapevolezza, ha dato una struttura più forte all'Io, avendo un contatto più diretto con i propri vissuti e con lo sfondo, e la Persona è riuscita ad avere un contatto pieno al confine.

Il nostro percorso insieme si è "concluso" alla fine del suo quarto anno di liceo, ma avevamo già diradato i nostri incontri, vedendoci ogni due settimane (a volte a distanza, a volte in presenza). Francesca, pur mantenendo la sua carica energetica, ha imparato a gestire le sue ansie, ad ascoltare i suoi bisogni, a comunicare in modo più consapevole, serena nella consapevolezza di poter parlare delle sue relazioni sentimentali con i genitori, e non ha più avuto problemi ad uscire con le sue amiche e con le sue "ragazze". Durante il nostro ultimo incontro, avvenuto in presenza prima dell'estate, mi ha salutata con un'immagine molto simpatica: "È un po' come se avessi uno zainetto invisibile sulle mie spalle, immagino di averti lì dentro, così quando ne ho bisogno tu sei lì". Una grande emozione sentire quelle parole, una grande gioia abbracciarla e sentirla stabile e sicura alla fine di questo percorso insieme.

5. Conclusioni

Con il presente lavoro, viene messa in evidenza l'utilità dell'Approccio Pluralistico Integrato in un caso di Disturbo d'Ansia con Attacchi di Panico, probabilmente esacerbato dalla Pandemia e dalla difficoltà a condividere con la famiglia la consapevolezza delle proprie scelte sessuali da parte della paziente. Purtroppo, non potremo mai sapere se, senza la Pandemia, sarebbero insorti o meno gli Attacchi di Panico, ma gli studi riportati dal CNOP, come abbiamo visto, sono molto chiari rispetto all'aumento del numero dei ragazzi che ha evidenziato disturbi d'ansia a causa della Pandemia per il Covid-19. Una riflessione va fatta rispetto all'utilità dell'Approccio Pluralistico Integrato come possibilità di risoluzione in tempi brevi della sintomatologia e di lavoro clinico sia sulla parte meno consapevole e quella più conscia della persona, sulla relazione nel "qui ed ora", sullo stile di attaccamento, sullo stile di pensiero, sull'elaborazione delle emozioni, sul comportamento. Un approccio di questo tipo non sottovaluta nessun aspetto della persona e cura l'importanza della relazione fin dai primi colloqui; inoltre, integra i vari approcci teorici e clinici per proporre il piano di trattamento più efficace in base ad evidenze scientifiche [76]. Le strategie proposte permettono una remissione completa dei sintomi che perdura negli anni. La necessità di interventi efficaci ed efficienti per la risoluzione dei disturbi rende questo modello fruibile su larga scala, essendo un modello di intervento breve. Sarebbe auspicabile poter approfondire la ricerca con somministrazione di test di personalità prima e dopo l'intervento, con l'obiettivo di verificare l'efficacia sugli adolescenti, nel post Pandemia.

Appendice

DISTURBO DI PANICO

Criteri diagnostici

A. Ricorrenti attacchi di panico inaspettati. Un attacco di panico consiste nella comparsa improvvisa di paura o disagio intensi che raggiunge il picco in pochi minuti, periodo durante il quale si verificano quattro (o più) dei seguenti sintomi:
Nota: La comparsa improvvisa può verificarsi a partire da uno stato di quiete oppure da uno stato ansioso.

1. Palpitazione, cardiopalmo o tachicardia
2. Sudorazione
3. Tremori fini o a grandi scosse
4. Dispnea o sensazione di soffocamento
5. Sensazione di asfissia
6. Dolore o fastidio al petto
7. Nausea o disturbi addominali
8. Sensazioni di vertigine, di instabilità, di "testa leggera" o svenimento
9. Brividi o vampate di calore
10. Parestesie (sensazione di torpore o formicolio)
11. Derealizzazione o depersonalizzazione
12. Paura di perdere il controllo o di "impazzire"
13. Paura di morire

Nota: Possono essere osservati sintomi specifici per cultura (per es. tinnito, dolore al collo, cefalea, urla o pianto incontrollato). Tali sintomi non dovrebbero essere considerati come uno dei quattro sintomi richiesti (tra i 13 sopra elencati).

B. Almeno uno degli attacchi di panico è stato seguito da un mese o più di uno o entrambi i seguenti sintomi:

1. Preoccupazione persistente per l'insorgere degli altri attacchi o per le loro conseguenze (per esempio, perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, impazzire)
2. Significativa alterazione disattiva del comportamento correlata agli attacchi (per esempio comportamenti pianificati al fine di evitare di avere attacchi di panico, come l'evitamento dell'esercizio fisico oppure di situazioni non familiari).

C. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per esempio una droga un farmaco) o di un'altra condizione medica (per esempio ipertiroidismo, disturbi cardiopolmonari).

D. Gli attacchi di panico non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale (per esempio gli attacchi di panico non si verificano solo in risposta ad una situazione sociale temuta, come nel disturbo d'ansia sociale; in risposta a un oggetto o a una situazione fobica circoscritti, come nella fobia specifica; in risposta a ossessioni, come nel disturbo ossessivo compulsivo; in risposta al ricordo di un evento traumatico, come nel disturbo da stress post traumatico; oppure in risposta alla separazione dalle figure di attaccamento, come nel disturbo d'ansia da separazione).

BIBLIOGRAFIA

1. Castonguay L. & Hill, C. E. (Eds) (2017). *How and Why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. Washington DC: American Psychological Association.
2. Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert, (Ed.) *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (6th ed.)*, pp. 169-2018). New York: Wiley.
3. Norcross, J. C. (2012a). *Quando la relazione terapeutica funziona. Ricerche scientifiche a prova di evidenza*. Sovera Edizioni: Roma, vol.2.
4. Norcross, J. C. (2012b). *Quando la relazione terapeutica funziona. Efficacia ed efficienza dei trattamenti personalizzati*. Sovera Edizioni: Roma, vol.2.
5. Norcross, J. C., & Popple, L. M. (2017). *Supervisione in Psicoterapia Integrata: Elementi essenziali*. Sovera Edizioni: Roma.
6. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2019). *Quando la relazione psicoterapeutica funziona...* Roma: Armando Editore Strumenti, vol. 3.
7. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo, A. (2000). *Psicoterapie integrate. Piani di trattamento per psicoterapeuti, con interventi a breve, medio e lungo termine*. Milano: Masson.
8. Giusti, E., Montanari, C., & Iannazzo A. (2004). *Piani di trattamento per psicoterapeuti con interventi a breve, medio e lungo termine*. Sovera Edizioni: Roma.
9. Giusti, E., & Barbuto, F. (2014). *Cambiamento e resistenza in terapia: L'aderenza veloce al trattamento*. Sovera Edizioni: Roma.
10. Lezenweger, M. F., & Clarkin, J. F. (2006). *I disturbi di Personalità. Le principali teorie*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
11. Linehan, M.M. (2011). *Trattamento Cognitivo-Comportamentale del Disturbo Borderline. Il modello dialettico*. Milano: Raffaello Cortina Editore, Vol. I
12. Linehan, M.M. (2011). *Trattamento Cognitivo-Comportamentale del Disturbo Borderline. I Gruppi di Skill Training*. Milano: Raffaello Cortina Editore, Vol. II
13. Spalletta, E., (2009). *Personalità Sane e Disturbate*. Sovera Edizioni: Roma.
14. Giusti, E., & Rosa, V. (2002). *Psicoterapie della Gestalt*. Roma: Aspici Edizioni Scientifiche.
15. Ginger, S. (1990). *La Gestalt*. Roma: Edizioni Mediterranee.
16. Clarkson, P. (1992). *Gestalt Counseling. Per una consulenza psicologica proattiva nella relazione d'aiuto*. Sovera Edizioni: Roma.
17. Perls, F. (1991). *Qui e Ora, psicoterapia autobiografica*, Sovera Edizioni: Roma.
18. Robine, J. M. (2006). *Il rivelarsi del Sé nel contatto*. Milano: FrancoAngeli.
19. Spagnuolo Lobb, M. (a cura di) (2001). *Psicoterapia della Gestalt, Ermeneutica e Clinica*. Milano: FrancoAngeli.
20. Polster, E., & Polster, M. (1986). *Terapia della Gestalt Integrata*. Milano: Giuffrè.
21. Giordani, B. (1978). *La relazione d'aiuto*. Brescia: La Scuola Editrice.
22. Mucchielli, R. (1987). *Apprendere il Counseling*. Trento: Edizioni Erickson.
23. Rogers, C.R. (1970). *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Giunti.
24. Carkhuff, R. (1987). *L'arte di aiutare – Manuale*. Trento: Erickson.
25. Berne, E. (1978). *Analisi Transazionale e psicoterapia*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
26. Stewart, I., & Jones R. (1995). *L'Analisi Transazionale*. Milano: Garzanti.
27. Berne, E. (1999). *A che gioco giochiamo*. Milano: Bompiani.
28. Beck, J. (2013). *La Terapia Cognitivo- Comportamentale*. Roma: Astrolabio.
29. Galeazzi, A. & Meazzini, P. (2004). *Mente e Comportamento. Trattato Italiano di Psicoterapia Cognitivo- Comportamentale*. Firenze: Giunti.
30. Young, J. E., Kilosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2018). *Schema Therapy La terapia cognitive-comportamentale integrata per i disturbi di personalità*. Trento: Erikson.
31. Sassaroli, S., Lorenzini, R., & Ruggiero, G.M. (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
32. Rovetto, F. (2003). *Panico*. Milano: The McGraw- Hill Companies.

33. Baer, R.A. a cura di (2012). *Come funziona la Mindfulness*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
34. Marchi, I. (2002). *Teoria e pratica del TRAINING AUTOGENO*. Firenze: Giunti.
35. Prosperi, P. (2018). Il Training Autogeno integrato con la Psicoterapia. *Integrazione nelle psicoterapie*, n. 8, Roma: Edizioni Scientifiche A.S.P.I.C.
36. Schultz, J.H. (1968). *Il Training Autogeno – I Esercizi Inferiori*. Milano: Feltrinelli.
37. Schultz, J.H. (1971). *Il Training Autogeno – II Esercizi Superiori*. Milano: Feltrinelli.
38. Hoffmann, B.H. (1980). *Manuale di Training Autogeno*. Roma: Astrolabio.
39. Kabat – Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. In *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, pp. 144-156.
40. Nardone, G., & Watzlawick, P. (2005). *L'arte del cambiamento*. Milano: Ponte alle Grazie S.r.l.
41. Francesetti, G. (2005). *Attacchi di Panico e postmodernità. La Psicoterapia della Gestalt tra clinica e società*. Milano: Franco Angeli.
42. Tolman, D. L., & Diamond, L. M. (2014). *The APA Handbook on Sexuality and Psychology*. American Psychiatric Association (APA).
43. Clarkson, P. (1997). *La relazione psicoterapeuta integrata*. Sovera Edizioni: Roma.
44. Safran, J. D., & Muran, J. C. (2014). *Alleanza in psicoterapia a breve termine*. Roma: Sovera Strumenti Edizioni.
45. Bowlby, J. (1972). *Attaccamento e perdita. L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, vol. 1.
46. Bowlby, J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.
47. Bowlby, J. (1996). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Edizioni.
48. Lorenzini, R. & Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
49. Leahy, L.R., Tirch, D., & Napolitano, L.A. (2013). *La regolazione delle emozioni in psicoterapia*, Firenze: Eclipsi.
50. Jurist, E. L., Slade, A., & Bergner, S. (a cura di) (2014). *Da Mente a Mente. Infant Research, neuroscienze e psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
51. Beebe, B., & Lachmann, Frank M. (2015). *Le origini dell'attaccamento. Infant research e trattamento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
52. Fonagy, P., Gergely, G, Lurist, E. & L. Target, M. (2005). *Regolazione affettiva, Mentalizzazione e Sviluppo del Sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
53. Elliot, R., Watson, J.C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2007). *Apprendere le terapie focalizzate sulle emozioni*. Sovera Edizioni: Roma.
54. Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Roma: Astrolabio.
55. Giusti, E. & Vigilante, M. (2009). *L'anamnesi psicologica*. Sovera Edizioni: Roma.
56. Passi Tognazzo, D. (1978). *Metodi e tecniche nella diagnosi della personalità*. Firenze: Giunti Barbera.
57. Boncori, L., (1993). *Teoria e tecniche dei test*. Torino: Bollati-Boringhieri.
58. Giusti, E., Montanari, C., Iannazzo, A., (2006). *Psicodiagnosi integrata*. Sovera Edizioni: Roma.
59. Dazzi, N., Lingiardi, V., Gazzillo, F., (2009). *La diagnosi in psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
60. Koch, K. (2007). *Il Reattivo dell'albero*. Firenze: Organizzazioni Speciali Giunti.
61. Castellazzi, V. L. (2021). *Test del disegno della Figura Umana*. Roma: LAS Editore.
62. Roberti, L. (2021). *Il test del disegno della casa. Guida pratica all'interpretazione*. Milano: Franco Angeli.
63. Corman, L. (1978). *Il disegno della famiglia: test per bambini*. Torino: Bollati Boringhieri.
64. Cornoldi, C. (2007). *Disturbi e Difficoltà dell'Apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
65. Giusti, E., & Testi, A. (2006). *L'Autostima*. Sovera Edizioni: Roma.
66. Pope, A., McHale, S. & Craighead, E. (1992). *Migliorare l'Autostima*. Trento: Erickson.
67. Bandura, A. (2002). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.

68. Caprara, G. V. (2001). *La valutazione dell'efficacia*. Trento: Erickson.
69. Seligman, M. E. (2013). *Imparare l'ottimismo*. Firenze: Giunti.
70. Goleman, D. (1997). *Intelligenza Emotiva*. Milano: Rizzoli.
71. Fernandez, I., Masloaric, G., & Galvagni, V.M. (2011). *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Milano: Liguori Editore.
72. Simonetta, E. (2010). *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva*. Milano: FrancoAngeli.
73. Spalletta, E. & Quaranta, C. (2002). *Counseling Scolastico Integrato*. Sovera Edizioni: Roma.
74. Tonioni, F. (2013). *Psicopatologia web-mediata. Dipendenza da Internet e nuovi fenomeni dissociativi*. Milano: Springer.
75. Senato della Repubblica, Audizione del CNOP su impatto DDI su apprendimento e benessere psicofisico, 2 febbraio 2021.
76. Giusti, E. & Rosa, V. (2006). *Psicoterapie della Gestalt*. Integrazione dell'evoluzione pluralistica. titolo in Corsivo. Roma: Sovera Edizioni.