

in-formazione psicoterapeuti

Semestrale a cura degli studenti della Scuola di Specializzazione in
Psicoterapia Cognitiva se dell'Associazione di Psicologia Cognitiva

Numero 21, giugno 2018

ISSN 2035-2328

ARTICOLI TEORICI

- | | | |
|------------------|--|-------------|
| Silvia Gagliardi | <i>Mindfulness e sport</i> | p. 3-16 |
| Marika Bellesi | <i>Individuazione stati mentali a rischio e esordi psicotici</i> | pp. 17 - 45 |
| Caterina Diana | <i>La noia, questa sconosciuta: un'indagine</i> | pp. 46 - 66 |
| Elena Guazzo | <i>Terapie di coppia in ambito cognitivo-comportamentale</i> | pp. 67-101 |
| CASI CLINICI | | |
| Stefania Natale | <i>Il dolore di Maria</i> | pp. 102-115 |
| Chiara Labate | <i>Il caso di Greta: un disturbo evitante di personalità</i> | pp. 116-126 |
| Miriam Miraldi | <i>Azzurra nel profondo blu: una storia di traumi e Traumi</i> | pp. 127-142 |

psicoterapeuti in-formazione

RESPONSABILE

Claudia Perdighe

COMITATO DI REDAZIONE

Alberto Collazzoni, Cecilia Laglia, Chiara Lignola, Dario Pappalardo, Chiara Riso, Giuseppe Romano, Niccolò Varrucchi.

Iscrizione ISSN 2035-2328

Psicoterapeuti in formazione è frutto del lavoro di un progetto di studio degli specializzandi delle scuole di formazione APC e SPC. Sede di Roma: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193

Mail: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Sito: www.psicoterapeutiinformazione.it

Mindfulness e sport: il ruolo della pratica meditativa nel miglioramento della performance sportiva

Silvia Gagliardi¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (SPC Roma)

Riassunto

Lo scopo di questa revisione di letteratura è mettere in evidenza lo stato dell'arte rispetto all'utilizzo della pratica meditativa –*Mindfulness* - nello sport agonistico. E' stata effettuata una ricerca di studi ed articoli relativi l'uso della *Mindfulness* in ambito sportivo utilizzando libri sull'argomento ed anche Pubmed e Google, digitando le parole chiave “*mindfulness, sport and performance sportiva*”. Dalla ricerca sono stati selezionati articoli pubblicati su riviste internazionali. La ricerca mette in evidenza come l'applicazione della *mindfulness* allo sport sia scarsamente indagata, malgrado la *mindfulness* sia stata applicata in vari ambiti, sia patologici che non, con notevoli e considerevoli vantaggi. Tuttavia ci sono studi che si propongono di verificare l'esistenza di una correlazione tra pratica *mindfulness* da parte degli atleti e miglioramento della performance sportiva.

Mindfulness and sport: the role of meditative practice in improving sports performance

Summary

The purpose of this review of literature is to highlight the state of art about Mindfulness in competitive sports. It was realized a research about studies and articles in relation of mindfulness in the sports field, using books connected to the topic, Pubmed and Google, pressing key words as: mindfulness, sports and performance sports. By the research there were selected the articles published on international reviews. The review underlines as the implementation of mindfulness in relation of sport is barely examined, unfortunately mindfulness was been adopted in several fields, pathologic and no-pathologic, with remarkable and important benefits. However there are studies that suggest to occur the existence of relation between the practice of mindfulness from athletes and the enhancement of performance sports.

Introduzione

L'oggetto di questo lavoro è una revisione sullo stato dell'arte rispetto all'uso della pratica meditativa da parte di atleti professionisti, allo scopo di ottenere dei miglioramenti nella performance sportiva. L'idea di questa revisione nasce a seguito di una riflessione sulla *Mindfulness* particolare sull'efficacia della pratica meditativa sia in campo clinico che non clinico.

La letteratura e la pratica clinica sono ricche di interventi basati sulla *Mindfulness*; la revisione parte da questo e da una domanda: potrebbe la pratica meditativa migliorare la performance sportiva di un atleta, e in che modo ed agendo su quali fattori cognitivi ed emotivi?

Mindfulness: cenni di storia

Il termine *Mindfulness* viene dal buddismo "*theravada*", infatti le sue origini si possono rintracciare a partire da un'antica pratica meditativa di origine buddista definita oggi come attenzione cosciente, intenzionale e non valutante della propria esperienza nel momento stesso in cui essa viene vissuta (Germer et al.,2005).

Intorno alla fine degli anni '70 Jon Kabat-Zinn inizia ad utilizzare la *Mindfulness* con pazienti affetti da problemi correlati allo stress. Jon Kabat-Zinn mette a punto un programma di otto settimane in gran parte fondato sull'apprendimento della pratica meditativa (Keng, et al.,2011) e definisce la pratica di *Mindfulness* come il "porre attenzione in un modo particolare, intenzionalmente, nel momento presente e in modo non giudicante".Esercizi sulla meditazione incoraggiano gli individui a impegnarsi in una consapevolezza non giudicante, incoraggiano ad impegnarsi sulla loro esperienza interiore che si verifica in ogni momento, incoraggiano a prestare attenzione alle sensazioni corporee, alle cognizioni, alle emozioni e agli stimoli ambientali (Bear, 2003; Kabat-Zinn, 1994). Fino a poco tempo fa la *Mindfulness* era relativamente un concetto non familiare nella cultura occidentale. I ricercatori occidentali che hanno introdotto la pratica della *Mindfulness* in programmi riguardanti la salute mentale hanno insegnato queste abilità indipendentemente dalle tradizioni religiose o culturali della loro origine.

Da circa venti anni la *Mindfulness* è oggetto di numerosi studi clinici e neurofisiologici che ne hanno dimostrato l'utilità e l'efficacia in molti problemi di salute, attualmente è utilizzata in medicina e in psicoterapia per varie malattie e problemi psicologici, in particolar modo per la depressione, lo stress e i disturbi d'ansia (Keng et al., 2011).

Con lo sviluppo della pratica meditativa ci assumiamo la responsabilità di conoscere meglio il nostro corpo, di ascoltarlo e sviluppare le nostre risorse interne per aumentare l'accettazione e la pazienza. Grazie alla pratica *mindfulness* si impara qualcosa di se stessi, come ad esempio l'osservazione del dolore, dell'emotività; si impara ad essere concentrati, a dirigere l'attenzione, ad esplorare quello che accade con atteggiamento curioso, tutto questo senza averlo come obiettivo da raggiungere e senza critica e/o giudizio.

In sintesi la *Mindfulness* si può considerare come “una modalità dell'essere, non orientata a scopi, il cui focus è il permettere al presente di essere com'è e di permettere a noi di essere, semplicemente, in questo presente” (Teasdale et al., 2000). Questa modalità dell'essere, affinché possa realizzarsi, deve essere coltivata e sperimentata.

L'atteggiamento Mindfulness

Nel libro “La pratica della consapevolezza in parole semplici” di Henepola Gunaratana l'autore sottolinea l'importanza del processo di disvelamento di noi stessi durante la pratica meditativa; tale processo non è semplice, ma la meditazione, che permette di coltivare la consapevolezza e dunque le capacità di tolleranza, flessibilità e compassione, lo agevolano. Unico scopo della meditazione è il cambiamento personale, inteso come disvelamento è dunque importante approcciare alla pratica liberi da aspettative e da obiettivi particolari. Nella meditazione si osserva solo ciò che accade, non si cerca nulla, non si aspetta niente. Questo atteggiamento di pura osservazione priva di giudizio e valutazione rende la mente calma e riduce la tensione e le preoccupazioni.

Sono sette le caratteristiche dell'atteggiamento da assumere durante la pratica meditativa nello specifico:

- Non giudizio: essere testimoni imparziali e distaccarsi dai giudizi continui che avvengono dentro di noi, sulla nostra vita e sulla pratica stessa;
- Pazienza: è una forma di saggezza che va indirizzata nei confronti del nostro corpo e della nostra mente. Infatti dobbiamo essere pazienti nei confronti del vagabondaggio della nostra mente ed essere pazienti nel ricordarci di non farci coinvolgere nei suoi viaggi. Pazienza è anche essere aperti ad ogni momento e accettarlo nella sua pienezza;
- Mente del principiante: vedere le cose come se le vedessimo per la prima volta, senza giudicare, né avere filtri;
- Fiducia: sviluppare fiducia nella propria esperienza e nelle proprie sensazioni;

- Non cercare i risultati: potrebbe essere un ostacolo nella meditazione. Il non fare ti permette di essere te stessa, al contrario il dirti che devi migliorare è un chiaro segnale che così come sei non vai bene. Il fine è osservare le cose così come sono, momento per momento;
- Accettazione: ogni cambiamento passa per l'accettazione di come sei ora e di come sono le cose ora;
- Lasciare andare: nella pratica dobbiamo mettere da parte la tendenza della mente a voler trattenere dei pensieri e a respingerne altri. L'esperienza deve essere quella di osservare e basta.

Oltre a questo specifico atteggiamento mentale durante la pratica anche il corpo assume una specifica posizione seduta dall'inizio alla fine e il respiro aiuta il praticante a mantenere la sua attenzione al presente; la mente può vagare e allontanarsi dal presente, dunque ogni volta che ciò accade bisogna gentilmente riportarla nel qui ed ora attraverso il respiro, l'inspirazione e l'espiazione, questo può essere facilitato.

Inizialmente la pratica risulta difficile in quanto chiede al praticante di assumere un atteggiamento che normalmente le persone evitano, ovvero osservare ciò che accade, ciò che è senza valutare e/o giudicare e senza trovare soluzioni, chiede al praticante di stare nel presente, di vivere momento dopo momento senza andare con la mente nel passato o nel futuro perché in questo modo può vivere pienamente. Si impara la pratica solo facendola e accogliendola nella vita quotidiana. Gunaratana rivolgere una certa attenzione anche a tutto ciò che non è meditazione ai falsi miti che riguardano la pratica mettendo in guardia il praticante:

- La meditazione non è tecnica di rilassamento, quest'ultimo è solo un fattore concomitante alla pratica ma non un suo prodotto diretto;
- La meditazione non è andare in trance, anzi è esattamente l'opposto, è un momento di consapevolezza dunque di presenza a se stessi;
- La meditazione non è nulla di oscuro o misterioso;
- Nella meditazione non ci sono obiettivi da raggiungere. Si mira solo alla consapevolezza;
- La meditazione non è pericolosa e dunque non ci sono ragioni in tal senso per evitarla;
- La meditazione non è solo per alcuni, anzi, essendo una pratica di consapevolezza è adatta a tutti;
- Con la meditazione non si rifugge dalla realtà, al contrario ci permette di osservarla per quello che è e di entrare in contatto con la sofferenza;
- La pratica non serve per provare sensazioni piacevoli in quanto questo può accadere ma può succedere anche il contrario, ovvero entrare in contatto con sensazioni spiacevoli;

- Non si tratta di una pratica egoistica o di stare “seduti a pensare”. Quello che si fa è osservare il flusso della mente evitando di dirigere volontariamente la nostra attenzione verso alcuni contenuti;
- Non è una cura veloce per far scomparire dei sintomi.

I benefici della Mindfulness

Ad un livello cognitivo con la pratica della *Mindfulness* aumenta la capacità di gestire lo stress, meditare favorisce la consapevolezza dei propri processi interiori migliorando la capacità di prestare una benevola attenzione alla nostra vita e a quella degli altri (Csillik e Tafticht, 2012). Praticare la meditazione permette di coltivare la capacità di accogliere i propri stati mentali per quelli che sono, senza dipendere da ciò che è attraente e riducendo la tendenza a rifiutare tutto ciò che è sgradevole. La mente nel tentativo di aggrapparsi a ciò che è gradevole e di rifiutare ciò che non lo è finisce per farci rimanere intrappolati nella sofferenza (Baer et al., 2006). Non si tratta di rassegnazione a ciò che accade, la *Mindfulness*, anzi, si propone di aiutare a sostituire nella vita quotidiana comportamenti reattivi, automatici e distruttivi con scelte consapevoli e appropriate al contesto, per questo è necessario partire dall'accettazione dello stato delle cose (Csillik e Tafticht, 2012). Questo si realizza attraverso tre abilità fondamentali che vengono apprese e coltivate con la pratica quotidiana (Teasdale et al., 2000):

- Concentrarsi nel momento presente, invece di essere catturati da anticipazioni pessimistiche del futuro, oppure da rimpianti sul passato.
- Apprendere a riconoscere i pensieri in quanto tali e a non considerarli dati di fatto. Nella *mindfulness* non si procede alla ristrutturazione cognitiva delle credenze disfunzionali ma si opera il “decentramento” rispetto alle credenze.
- Superare la tendenza all' evitamento esperenziale

A livello psicologico invece la pratica della *Mindfulness* (Baer et al., 2006):

- Aiuta a riconoscere le emozioni, a “sentirle” e localizzarle nel corpo.
- Migliora la capacità di regolare stati emotivi disturbanti senza mettere in atto fughe difensive o strategie disfunzionali e dannose.
- Permette un maggiore equilibrio emozionale
- Permette un decremento nella diffusione delle emozioni negative: le stesse, quando emergono, vengono percepite come meno dolorose ed invasive.

- Aumenta la capacità di mantenere il focus sul presente, senza giudizio e con accettazione verso le emozioni e i pensieri che sorgono nello stato mentale.
- Aiuta a sviluppare e aumentare emozioni positive

In virtù dei molteplici benefici sia a livello cognitivo che psicologico molte sono state le applicazioni in campo clinico in particolare per la depressione e i disturbi d'ansia.

In riferimento alla depressione nei gruppi di *Mindfulness* il paziente ha la possibilità di cambiare la modalità con la quale si relaziona ai propri pensieri: (a) identificando i pensieri negativi quando si presentano; (b) iniziando a vedere i pensieri da una nuova prospettiva e, cioè, semplicemente come pensieri, e non come una realtà; (c) imparando ad identificare i segnali di ricaduta nella depressione e a gestirli (Grossman et al., 2010). Come nel caso della depressione, anche nei disturbi d'ansia la pratica della consapevolezza facilita l'acquisizione di una nuova modalità di relazionarsi alla propria esperienza interna, in questo caso attraverso una presa di distanza dai pensieri catastrofici, dalle sensazioni fisiche e dalle situazioni vissute. In tal modo, le persone riescono anche a pianificare e mettere in atto comportamenti appropriati di gestione delle situazioni.

Provare la meditazione

E' possibile iniziare a sperimentare i benefici della *mindfulness* solo praticando la meditazione. Per meditare occorre trovare un luogo tranquillo e confortevole. Sedersi su una sedia o direttamente sul pavimento tenendo testa, collo e schiena dritti, senza però irrigidirsi. È importante cercare di restare nel presente. Concentrarsi sul proprio respiro, sulla sensazione data dall'aria che entra ed esce dal proprio corpo durante la respirazione. Sentire lo stomaco gonfiarsi e sgonfiarsi, l'aria che entra dalle narici ed esce dalla bocca. Prestare attenzione al modo in cui ogni respiro è diverso dall'altro. Ascoltare i propri pensieri che vanno e vengono: preoccupazione, paura, ansia, speranza. Quando i pensieri compaiono nella propria mente, non devono essere ignorati o soppressi, ma bisogna solo osservare, mantenere la calma e usare il respiro come ancora. Se si rimane in balia dei propri pensieri, bisogna lasciarsi trasportare da questi, osservare dove la propria mente viene condotta e, senza giudicare, tornare alla respirazione. Ricordarsi di non essere duri con se stessi. Man mano che ci si avvicina al termine della meditazione, rimanere seduti per altri due minuti circa, diventando consapevoli di dove si è ed alzarsi lentamente (Kabat-Zinn, 1993)

Mindfulness: applicazione della pratica allo sport

Negli ultimi trent'anni la psicologia sportiva ha tentato di comprendere quale possa essere il modo migliore per aiutare gli atleti ad ottimizzare la prestazione dal punto di vista mentale. L'enfasi sulla *Mindfulness* include l'accettazione dell'esperienza psico-emotiva (Kabat-Zinn et al., 1985); questo aspetto costituisce un'innovazione in quanto non viene considerato nei tradizionali training psicologici associati allo sport, i quali sono principalmente focalizzati sull'individuazione di obiettivi, sulla visualizzazione degli stessi e sulla regolazione dell'arousal. Recentemente il training sulla *mindfulness* ha ottenuto consensi come approccio alternativo per preparare gli atleti ad una performance ottimale (De Petrillo et al., 2009; Garner e Moore, 2004, 2006, 2007)

Dunque l'applicazione della *Mindfulness* allo sport è relativamente recente, e non sono infatti numerosi gli studi riguardanti l'argomento; gli studi presenti in letteratura, in parte riproposti in questa revisione, hanno messo in relazione la partecipazione ai training di *Mindfulness* con l'aumento di abilità connesse ad una buona gestione della prestazione, per verificare appunto, se la pratica meditativa possa rendere gli atleti maggiormente competenti in tali abilità, e dunque ottenere come risultato un miglioramento della performance.

Vengono di seguito riportati i risultati di alcune ricerche con atleti professionisti appartenenti a diverse discipline sportive:

- *Studio su corridori di mezzofondo veloce (800m)*

Gli allenamenti ad alta intensità suscitano fatica e dolore, che a loro volta possono indurre pensieri ed emozioni negative potenzialmente impattanti sulla performance sportiva degli atleti (De Petrillo et al., 2009). Sviluppare abilità psicologiche che facilitino la gestione del dolore durante gli allenamenti e le competizioni è fondamentale. Negli ultimi trent'anni i ricercatori hanno esaminato varie strategie cognitive comportamentali per incrementare la prestazione degli atleti; negli ultimi dieci anni, con la "terza ondata" delle terapie cognitive comportamentali (Hayes, 2004), la popolarità della *Mindfulness* e dell'accettazione è aumentata entrando anche negli allenamenti degli sportivi. Come la *Mindfulness* influisce sulla performance è una questione difficile. Lo studio di Jones e Parker (2015) su corridori di mezzofondo veloce, 800 m, si propone di esaminare la relazione tra *Mindfulness* e i migliori tempi personali degli ottocentometristi, e di esaminare se la grandezza e la direzione di questa relazione dipende dal genere.

Gli autori (Jones e Parker, 2015) sostengono che a seconda dello sport considerato e delle abilità richieste agli atleti, la *Mindfulness* può influire in vari modi, nell'ambito della corsa la *Mindfulness* è connessa alla prestazione per la relazione che ha con il dolore.

Nel contesto sportivo ma in particolare nell'atletica leggera il dolore associato al continuo dispendio di energia rappresenta un limite per la *performance* (Kress e Statler, 2007), dunque il dolore è parte integrante della pratica sportiva (Sullivan et al., 2000); ne consegue che la gestione del dolore potrebbe essere importante nei programmi di *training* di abilità psicologiche per gli atleti impegnati in sport ad alta intensità (Birrer e Morgan, 2010). Il dolore può influenzare negativamente la reattività emotiva. Baron, Moullan, Deruelle e Noakes (2011) suggeriscono che la risposta emotiva non positiva al dolore può portare a comportamenti disadattivi. Le ricerche di McCracken, Gauntlett-Gilbert, e Vowles (2007) hanno trovato che una disposizione alla *Mindfulness* significativamente negativa predice la catastrofizzazione del dolore, il dolore correlato alla paura, l'ipervigilanza al dolore e la disabilità funzionale.

La catastrofizzazione è uno stile di pensiero estremo unipolare in cui le persone credono che il risultato più sfavorevole è quello più probabile che si verifichi (Beck, 1976; Ellis, 1962). Sullivan et. al (2001) definisce la catastrofizzazione del dolore come un condizionamento mentale esageratamente negativo presente durante un'esperienza di dolore o durante un'esperienza di anticipazione del dolore.

Nel loro studio sui corridori di mezzofondo veloce, Jones e Parker (2015) utilizzano sui 109 atleti selezionati un questionario demografico (per registrare le generalità dell'atleta e il suo miglior tempo), la *Pain Catastrophising Scale* (PCS), per misurare il pensiero catastrofico associato al dolore e il *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) per misurare le differenze individuali della frequenza dello stato di *Mindfulness* nel tempo; dall'analisi delle informazioni raccolte i ricercatori arrivano a concludere che atleti con un bassa disposizione alla *Mindfulness* riportano livelli maggiori nella PCS, inoltre atleti con una alta disposizione alla *Mindfulness* riportano punteggi negli 800m più vicini al record mondiale rispetto ad atleti con una bassa disposizione alla *Mindfulness*. Vengono dunque confermate le ipotesi di partenza relative alla relazione tra *Mindfulness* e catastrofizzazione del dolore. Tale relazione si riduce in grandezza se viene considerato il genere, ovvero per le donne.

- *Studio su ciclisti professionisti*

Lo studio condotto presso *University of New England* da John Scott-Hamilton e Nicola S. Shuttle (2016) si propone di verificare se l'apprendimento della pratica *Mindfulness* da parte di atleti professionisti (27 ciclisti) possa essere da sostegno per il miglioramento della performance attraverso una diminuzione dell'ansia connessa alla prestazione, una riduzione delle attribuzioni negative, e la facilitazione del flusso dei pensieri- *flow*-.

Stare nel momento presente quando bisogna raggiungere un obiettivo è lo stimolo che crea l'opportunità per sperimentare la *flow* (Csikszentmihalyi, 1978). Oltre ad esser collegato ad un picco di performance, l'esperienza di *flow* potrebbe essere importante per gli atleti per la perseveranza, la motivazione intrinseca e per facilitare esperienze sportive positive (Jackson, 2000; Kimiecik e Stein, 1992). In accordo con Jackson e Roberts (1992), lo stato di *flow* nello sport rappresenta uno stato psicologico sottostante la performance massima. Si può definire la *flow* come la sensazione di essere davvero focalizzati, concentrati, come una fusione tra azione e consapevolezza, nonché come la sensazione di automaticità riguardo l'azione di un soggetto (Csikszentmihalyi, 1988). L'attenzione e la consapevolezza sono la parte centrale dell'esperienza di *flow* negli atleti; la *Mindfulness* potrebbe creare le basi per arrivare ad avere un'esperienza di *flow* efficace, inoltre la pratica meditativa potrebbe condurre ad una modificazione dell'esperienza interna degli atleti ad esempio in riferimento all'ansia; a partire da queste premesse la ricerca ha evidenziato che la *Mindfulness* non porta cambiamenti nell'esperienza di ansia bensì un cambiamento rispetto al significato individualmente associato all'ansia. Nella ricerca condotta da John Scott-Hamilton e Nicola S. Shuttle presso la *University of New England* (2016) gli atleti hanno praticato la meditazione per otto settimane; molto importanti sono state le sessioni di “*mindful spin bike*” durante le quali gli atleti hanno potuto confrontarsi in vivo con la fatica e il dolore fisico associate alla pratica sportiva praticata; queste sessioni di meditazione avevano lo scopo di permettere ai partecipanti di assimilare le abilità di *Mindfulness* utili alla pratica sportiva nonché di migliorare la capacità di rifocalizzare l'attenzione sul compito dopo una distrazione (il dolore può costituire una distrazione). L'acquisizione delle abilità di *Mindfulness* ha portato gli atleti a ottenere dei miglioramenti nell'esperienza di *flow*; in ultimo per quanto attiene l'attribuzione di significati negativi si sono registrati dei cambiamenti tuttavia non rilevanti.

In sintesi questa ricerca ha evidenziato come l'acquisizione di abilità di *Mindfulness* ha prodotto cambiamenti favorevoli per il miglioramento della prestazione sportiva in quanto ha agevolato l'esperienza di *flow* degli sportivi e ha modificato i significati associati all'ansia prestazionale.

- *Studio su gruppo di nuotatori e golfisti professionisti*

Lo scopo dello studio condotto da Bernier, Thienot, Codron; Fournier presso INSEP, *French Institute of Sport* (2009), su un gruppo di nuotatori professionisti era quello di esplorare le esperienze di *flow* negli atleti attraverso un'indagine qualitativa. Lo studio suggerisce che gli atleti con la propensione ad essere più attenti e ad esercitare le capacità di *Mindfulness* sono anche più propensi a sperimentare lo stato di *flow*, ovvero gli atleti con la tendenza più alta alla *Mindfulness* erano

anche quelli che riuscivano a sperimentare più pienamente la *flow*; una migliore esperienza di *flow* si associa ad una migliore prestazione sportiva. In questo studio gli atleti non sono stati coinvolti in sessioni di *Mindfulness* per poter poi valutare e comparare le loro esperienze di *flow* prima e dopo le sessioni di pratica meditativa; la valutazione si è basata sui diversi racconti degli atleti e in particolare sulle diverse esperienze di *flow*, avute dagli atleti durante le prestazioni ottimali e viceversa durante prestazioni con scarse risultati. L'indagine qualitativa ha evidenziato una relazione positiva tra prestazione ottimale e migliori esperienze di *flow* e esercizio di abilità di *Mindfulness*: l'esercizio di abilità di *Mindfulness* agevola l'esperienza di *flow* che è collegata ad un miglioramento della prestazione sportiva in generale.

A conferma di questi dati gli autori hanno condotto un'ulteriore indagine su un gruppo di golfisti professionisti sottoponendoli ad un training di *Mindfulness*. L'intento di questo secondo studio era anche quello di confrontare questo approccio innovativo al miglioramento della *performance* sportiva che vede coinvolta la *Mindfulness* con i tradizionali *training* psicologici associati allo sport per lo sviluppo di abilità mentali. Alcuni golfisti hanno partecipato alle sessioni di *Mindfulness* mentre altri sono stati sottoposti ai più tradizionali interventi psicologici proposti per gli atleti; i risultati mettono in evidenza che gli atleti hanno avuto dei vantaggi da questo programma basato sulla *Mindfulness*, in particolare per lo sviluppo di abilità che li hanno reso maggiormente lucidi e concentrati nella competizione. La consapevolezza li ha aiutati a capire e a gestire il loro stato di attivazione più efficacemente. La consapevolezza consiste nell'identificare i propri stati emotivi, il livello di eccitazione, le cognizioni, la concentrazione, per poterli poi adeguare alla situazione. La pratica meditativa aiuta il raggiungimento della consapevolezza. Se si confrontano gli effetti del programma basato sulla *Mindfulness* e Accettazione (MAC) a quelli del *training* tradizionale, o a programma di *training* sulle abilità di cambiamento, i risultati statistici indicano che il MAC consente ai giocatori di migliorare la loro abilità di attivazione significativamente molto più di quelli che hanno seguito il programma base o il programma di cambiamento.

- *Studio su una squadra femminile di calcio*

Un'ulteriore ricerca è stata condotta da Baltzell e Akhtar (2014) con lo scopo di valutare l'impatto di un programma di *Mindfulness* per gli atleti sulle emozioni negative e positive, sul benessere psicologico e sulla soddisfazione degli atleti. Lo studio non ha l'intento di individuare una correlazione positiva tra pratica meditativa e miglioramento della prestazione quanto piuttosto mettere in luce come la riduzione dell'esperienza individuale di pensieri negativi agevolata dalla *Mindfulness* provochi un miglioramento della *performance*, ovvero, riducendo attraverso la

Mindfulness l'impatto dei pensieri negativi (Frewen et al.,2008) e dello stress (Baear, 2003) questo può portare al miglioramento della prestazione atletica (John et al., 2011; Solberg et al.,1995). I risultati confermano quanto ipotizzato dagli autori.

Conclusioni

Le ricerche condotte sull'applicazione della *Mindfulness* in ambito sportivo sono rivolte ad individuare l'esistenza di miglioramenti in caratteristiche quali l'ansia prestazionale, la *flow*,l'attribuzione di significati negativi, la capacità di attenzione e concentrazione nonché la tendenza a catastrofizzare le esperienze di dolore e fatica associate alla pratica sportiva; il miglioramento di tali caratteristiche e capacità è associato positivamente al miglioramento della prestazione agonistica di atleti professionisti. Dalla revisione della letteratura si possono trarre alcune conclusioni, ovvero gli interventi per il miglioramento della performance degli atleti basati sulla *Mindfulness* producono gli effetti ipotizzati in quanto provocano positivi cambiamenti in aspetti dell'esperienza agonistica a loro volta connessi alla prestazione sportiva. Il miglioramento di questi aspetti genera il miglioramento della prestazione agonistica. Gli studi hanno evidenziato come la pratica meditativa rende maggiormente efficaci le esperienze di *flow* degli atleti a loro volta connesse a picchi prestazionali (John Scott- Hamilton e Nicola S. Shuttle 2016; Bernier et al.,2009), questo perché i due aspetti principali della *flow* sono attenzione e concentrazione, due abilità che attraverso la *Mindfulness* si sviluppano e potenziano. Anche le esperienze di ansia connessa alla prestazione si modificano, ovvero cambiano i significati individualmente associati all'ansia (John Scott- Hamilton e Nicola S. Shuttle 2016). I programmi basati sulla *Mindfulness* aumentano la consapevolezza del soggetto, dunque la capacità di riconoscere e gestire gli stati di attivazione più efficacemente e di adeguarli per il miglioramento della prestazione e/o degli obiettivi (Bernier et al.,2009). In ultimo si registra un miglioramento della *performance* sportiva anche attraverso la riduzione dell'esperienza individuale di pensieri negativi, quest'ultima agevolata appunto dalla pratica di *Mindfulness* (Baltzell e Akhtar 2014).

Una relazione importante è anche quella individuata da Jones & Parker (2015) tra maggiore disposizione per le abilità di *Mindfulness* e minore catastrofizzazione del dolore, relazione che incide positivamente sui tempi di realizzazione della prestazione.

Lo *step* successivo a questa revisione prevede la stesura di un progetto che vedrà il coinvolgimento di una società di atletica leggera, la Nuova Atletica Isernia. Si tratta di atleti amatoriali impegnati nelle varie specialità dell'atletica leggera; il progetto verrà proposto ai corridori di maratona che dunque saranno coinvolti in sessioni di pratica meditativa per valutare se

il miglioramento delle abilità di *Mindfulness* comporta dei cambiamenti nella prestazione sportiva, in particolare se la partecipazione degli atleti ad un programma basato sulla *Mindfulness* comporta miglioramenti nei tempi personali di realizzazione.

Bibliografia

- Baer, R.A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.a
- Baer, R.A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G.T., & Toney, L.(2005). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13 (1), 27–45.
- Baron, B., Moullan, F., Deruelle, F., & Noakes, T. D. (2011). The role of emotions on pacing strategies and performance in middle and long duration sport events. *British Journal of Sports Medicine*, 45, 511–517.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Baltzell, A., & LoVerme, A.V. (2014). Mindfulness meditation training for sport (MMTS) intervention: Impact of MMTS with division I female athletes. *The Journal of happiness&Well-Being*, 2(2),160-173.
- Bernier, M., Thienot, E., Codron, R., & Fournier, J. F.(2009) Mindfulness and Acceptance Approaches In Sport Performance 4,320-333.
- Birrer D., & Morgan G. (2010). Psychological skills training as a way to enhance an athlete’s performance in high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 78–87.
- Csillik, A., & Tafticht, N. (2012). Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience: Effects of mindfulness and of mindfulness intervention. *Pratiques psychologiques*, 1-13.
- Csikszentmihalyi, M. (1978). Attention and the holistic approach to behaviour. In K.S. Pope & J.L. Singer (Eds.), *The stream of consciousness* (pp. 335–385). New York: Plenum.
- Csikszentmihalyi, M. (1988). *Optimal experience: Psychological studies of flow in consciousness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- De Petrillo, L., Kaufman, K., Glass, C., & Arnkoff, D. (2009). Mindfulness for long-distance runners: An open trial using mindful sport performance enhancement (MSPE). *Journal of Clinical Sport Psychology*, 4, 357-376.
- Ellis A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York, NY: Stuart
- Frewen, P. A., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. A., & Partridge, K. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy Research*, 32, 758-774.
- Gardner, F. L., & Moore, Z. E. (2004). A Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC) based approach to performance enhancement: Theoretical considerations. *Behavior Therapy*, 35, 707–723.
- Gardner, F. L., & Moore, Z. E. (2006). *Clinical sport psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Gardner, F., & Moore, Z. (2007). *The psychology of enhancing human performance: The Mindfulness Acceptance-Commitment (MAC) approach*. New York: Springer.
- Germer C.K., Siegel, R.D., Fulton P.R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York, NY US: Guilford Press.
- Grossman P., Kappos L., Gensicke H., D'Souza M., Mohr D.C., Penner I.K., & Steiner, C. (2010) MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training, *Neurology*, 75, 1141-1149.
- Gunaratana, H. (1995). *La pratica della consapevolezza in parole semplici*. Ubaldini Editore.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.

- Hamilton, J. S., Schutte, N.S., & Brown, R.F. (2016). Effects of a Mindfulness Intervention on Sports-Anxiety, Pessimism, and Flow in Competitive Cyclists. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 8(1), 85-103
- Jackson, S.A. (2000). Joy, fun, and flow state in sport. In Y.L. Hanin (Ed.), *Emotions in sport* (pp. 135–155). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Jackson, S.A., & Roberts, G. (1992). Positive performance states of athletes: Toward a conceptual understanding of peak performance. *The Sport Psychologist*, 6, 156–171
- John, S., Verma, S., & Khanna, G. (2011). The effect of mindfulness meditation on HPA-Axis in pre competition stress in sports performance of elite shooters. *National Journal of Integrated Research in Medicine*, 2(3), 15-21.
- Jones, M. I., & Parker, J.K., (2015). A conditional process model of the effect of mindfulness on 800-m personal best times through pain catastrophising. *Journal of Sports Scienze*
- Kabat-Zinn, J., Beall, B., & Rippe, J. (1985). A systematic mental training program based on mindfulness meditation to optimize performance in collegiate and Olympic rowers. *Poster presented at the World Congress in Sport Psychology, Copenhagen, Denmark.*
- Kabat-Zinn, J.(1993). *Mindfulness Meditation: Health benefits of an ancient Buddhist practice, Mind/Body Medicine*. Consumer Report Books, Yonkers, NY.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there are you: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2010). *Vivere momento per momento. Sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia con la saggezza di corpo e mente*. Tea Editore
- Keng, S.L., Smoski, M.J., & Robins C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 3, 1041-1056.
- Kimiecik, J.C., & Stein, G.L. (1992). Examining flow experiences in sport contexts: Conceptual issues and methodological concerns. *Journal of Applied Sport Psychology*, 4, 144–160.
- Kress, J. L., & Statler, T. (2007). A naturalistic investigation of former Olympic cyclists' cognitive strategies for coping with exertion pain during performance. *Journal of Sport Behavior*, 30, 428-452.
- McCracken, L. M., Gauntlett, G. J., & Vowles, K. E. (2007). The role of mindfulness in contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain*, 131, 63–69.
- Solberg, E., Halvorsen, R., Sundgot-Borgen, J., Ingjer, F., & Holen, A. (1995). Meditation: a modulator of the immune response to physical stress? A brief report. *British Journal of Sports Medicine*, 29(4), 255-257.
- Sullivan M. J. L., Thorn B., Haythornthwaite J. A., Keefe F. J., Martin M., Bradley L. A., & Lefebvre J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17, 52–64.
- Sullivan, M. J. L., Tripp, D. A., Rodgers, W. M., & Stanish, W. (2000). Catastrophizing and pain perception in sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 12, 151–167.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., & Lau M. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 15–23.

Silvia Gagliardi

Psicologa-Psicoterapeuta, Isernia e Campobasso

Specializzata a Roma, training Lorenzini e Buonanno

e- mail: silvigagliardi@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Individuazione stati mentali a rischio e esordi psicotici in giovane età adulta

Marika Belleri¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale – Scuola di Psicoterapia Cognitiva (SPC) di Verona

Riassunto

L'età di esordio del Primo Episodio Psicotico si colloca nell'adolescenza e nella prima età adulta e la maggior parte del deterioramento clinico e psicosociale avviene nei primi 5 anni di malattia. Questa finestra temporale è cruciale per iniziare un trattamento. Inoltre, la maggioranza dei pazienti al Primo Episodio Psicotico riferisce un periodo prodromico di almeno un mese e la durata media della fase prodromica prima del primo episodio psicotico è di circa 5-6 anni. Questo stadio della malattia viene definito Stato Mentale A Rischio e costituisce una condizione clinica di vulnerabilità per lo sviluppo di psicosi. Possiamo quindi considerare il Primo Episodio Psicotico come l'esito di una traiettoria di sviluppo in cui esperienze psicotiche subcliniche hanno preceduto la manifestazione di una psicosi franca. Risulta quindi fondamentale individuare precocemente le situazioni a rischio e intervenire tempestivamente in modo da favorire una buona prognosi clinica a lungo termine. L'intervento integrato, che include procedure di *early intervention*, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo e intervento sui familiari, trattamento farmacologico e *case management*, appare il più promettente e più efficace. Le linee guida e la letteratura più recente indicano la terapia cognitivo comportamentale come la scelta di elezione nelle fasi iniziali delle psicosi, non solo per la sua possibilità di affrontare la sintomatologia specifica, ma anche per le sue forti valenze psicoeducative e riabilitative.

Summary

The age of onset of the First Episode of Psychosis occurs in adolescence and early adulthood and most of the clinical and psychosocial deterioration occurs in the first 5 years of the disease. This time window is crucial to start a treatment. Furthermore, the majority of patients in the first psychotic episode report a prodromal period of at least one month and the average duration of the prodromal phase before the first psychotic episode is about 5-6 years. This stage of the disease is called At Risk Mental State and constitutes a

clinical condition of vulnerability for the development of psychosis. We can therefore consider the First Episode of Psychosis as the outcome of a development trajectory in which subclinical psychotic experiences preceded the manifestation of a frank psychosis. It is therefore essential to identify precarious situations early and intervene promptly in order to promote a good long-term clinical prognosis. The integrated intervention, which includes early intervention procedures, individual psychotherapy, group psychotherapy and family intervention, pharmacological treatment and case management, appears to be the most promising and most effective. The most recent guidelines and literature indicate cognitive behavioral therapy as the choice of election in the initial phases of psychosis, not only for its ability to deal with specific symptomatology, but also for its strong psychoeducational and rehabilitation values.

0. Introduzione

Le psicosi possono essere considerate i disturbi psichiatrici più gravi e invalidanti per la disabilità che comportano, per lo stigma sociale che portano con sé, per le difficoltà che pongono alle famiglie e ai servizi di cura, per l'impatto che hanno nel progetto di vita della persona. L'età di esordio si colloca nell'adolescenza e nella prima età adulta (14-35 anni) e le evidenze scientifiche indicano che la maggior parte del deterioramento clinico e psicosociale avviene nei primi 5 anni di malattia e come questa finestra temporale sia cruciale per iniziare un trattamento (Birchwood et al., 1998). Risulta quindi fondamentale individuare precocemente le situazioni a rischio (*early detection*) e intervenire tempestivamente (*early intervention*) in modo da favorire una buona prognosi clinica a lungo termine. Tuttavia, l'individuazione e il trattamento precoce delle psicosi è un tema controverso e difficile (Cocchi e Meneghelli, 2012). Infatti, molti potenziali fattori di rischio, come difficoltà di attenzione e di concentrazione, marcato ritiro sociale, problematiche scolastiche o lavorative, ansia, depressione, disturbi attenuati del pensiero, cambiamenti comportamentali e fisiologici, possono non essere precursori di un'evoluzione psicotica ma appartenere ad altri disagi o a un particolare momento del processo di crescita e di adattamento adolescenziale. Tuttavia, la loro pericolosità per il futuro sviluppo personale e relazionale dell'individuo e le possibili pesanti ricadute sull'ambiente richiedono accurate valutazioni della situazione e eventuali risposte protettive, mirate e calibrate. Il vantaggio di un intervento rivolto ai casi ad alto rischio, potenzialmente identificabili nella fase prodromica della psicosi, è evidente. Qualora dovesse riconoscersi l'avvenuta transizione alla psicosi, per positivizzazione degli indicatori giudicati diagnostici secondo i diversi criteri proposti, il paziente sarebbe già in carico a un servizio e la durata della psicosi non trattata (*Duration of Untreated Psychosis - DUP*) sarebbe abbreviata in modo consistente, con minimo o nullo intervallo nella prescrizione delle terapie più adatte (Cocchi e Meneghelli, 2004).

1. Stadi di malattia della psicosi

Nel decorso della psicosi si assiste a variazioni delle dimensioni psicopatologiche, per cui è stata pensata una classificazione basata su stadi di malattia, corrispondenti a livelli evolutivi del disturbo. Questo modello è stato proposto da McGorry et al. (2006) e risulta utile a livello clinico in quanto ad ogni stadio di malattia corrispondono differenti procedure diagnostiche, interventi farmacologici, psicologici e sociali.

(a) Stadio Premorbo. Comprende individui a rischio di sviluppare schizofrenia per fattori genetici o ambientali, nessuna disabilità o riscontro di lievi deficit cognitivi. L'identificazione è possibile tramite storia familiare o analisi genetiche. Interventi: riduzione ulteriori fattori di rischio (es. cannabis), potenziamento dei fattori protettivi.

(b) Stadio prodromico. Distinguibile in: 1a) *Early prodrome*: espressione clinica di alcuni fattori di rischio, basso rischio di sviluppare la malattia; 1b) *Late prodrome*: comparsa di sintomi, maggiore rischio di sviluppare la malattia. L'identificazione avviene tramite l'osservazione del cambiamento dell'adattamento sociale o del rendimento scolastico, diagnosi con test psicometrici, tecniche di neuroimaging. Interventi: psicoterapia, farmacoterapia.

(c) Stadio II. Comparsa del primo episodio psicotico conclamato e assenza di deterioramento alla remissione. Interventi: farmacoterapia, interventi psicosociali, psicoterapia, terapia di gruppo.

(d) Stadio III. Episodi psicotici e comparsa di segni di deterioramento. Interventi: necessario limitare la progressione del deterioramento.

(e) Stadio IV. Quadri clinici cronici, in cui ormai si è verificato un deterioramento sostanziale. Diagnosi: intervista clinica. Interventi: possibili solo interventi sintomatici o riabilitativi.

1.1 Fase prodromica

Le psicosi solitamente non nascono in modo improvviso, ma si sviluppano lentamente, spesso in vari anni, e durante questo processo si manifestano fluttuazioni evidenti della sintomatologia. La maggioranza dei pazienti al primo episodio psicotico riferisce un periodo prodromico di almeno un mese (Schultze-Lutter et al., 2010) e la durata media della fase prodromica prima del primo episodio psicotico è di circa 5-6 anni. Nel prodromo possono presentarsi numerosi disturbi e disagi psichici a livelli variabili di gravità, solitamente di natura aspecifica che possono presentarsi anche all'interno di altri quadri psichiatrici, come nelle depressioni, nei disturbi d'ansia e nel disturbo ossessivo compulsivo. In base a questa sintomatologia variabile e aspecifica si è ritenuto per molto tempo che non fosse possibile prevedere in modo attendibile un esordio psicotico già durante il prodromo. Storicamente, si ritenevano a rischio coloro che avessero una vulnerabilità genetica che

li esponeva a una maggiore probabilità di sviluppare psicosi, essenzialmente i parenti di primo grado di chi avesse ricevuto una diagnosi di psicosi. Inoltre, la Schizotipia era considerata una condizione di chi manifestava i sintomi tipici della schizofrenia (anedonia, affettività coartata, difficoltà interpersonali) come riflesso di una specifica vulnerabilità genetica. Il concetto di schizotipia venne rielaborato nel tempo andando a definire un insieme di sintomi (quali esperienze soggettive insolite, anedonia, disorganizzazione cognitiva, propensione a condotte strane, bizzarre o non conformiste su base impulsiva) che si riteneva risultassero dalla medesima vulnerabilità genetica che predispone alla schizofrenia e tendeva a ricorrere come antecedente nei quadri clinici che poi sviluppano una psicosi. Nel 1980 l'APA inserì la Schizotipia nel DSM come Disturbo Schizotipico di Personalità, in possibile continuità temporale e dimensionale con le psicosi nello spettro della schizofrenia.

Dagli anni novanta si è sviluppato un filone di ricerca sui primi episodi psicotici e sul decorso delle psicosi che ha mostrato come nella storia clinica di questi giovani pazienti ci fossero sintomi predittivi del successivo sviluppo psicopatologico, che rappresentano uno Stato Mentale a Rischio (*At Risk Mental State* – ARMS). Queste evidenze scientifiche hanno portato alla definizione di modelli di riconoscimento precoce e di intervento precoce. Lo Stato Mentale A Rischio costituisce una condizione clinica di vulnerabilità per lo sviluppo di psicosi. I criteri dello stato mentale a rischio sono stati prodotti grazie alla sintesi dei risultati ottenuti da studi longitudinali su famiglie colpite da schizofrenia, studi di coorte e studi retrospettivi. I gruppi di ricerca che hanno definito i criteri per i prodromi delle psicosi sono il gruppo australiano di McGorry, il gruppo americano di Yale di Yung, il gruppo tedesco di Bonn di Huber (Popolo et al., 2013). Oggi si seguono principalmente due approcci complementari per la diagnosi precoce delle psicosi.

(1) l'approccio *Ultra High Risk* (UHR) (Phillips et al., 2000). Presso la PACE clinica di Yung sono stati definiti tre gruppi di *Ultra High Risk* – UHR, che manifestano indici di rischio per lo sviluppo imminente (1-2 anni) di psicosi: (a) *Attenuated Psychotic Symptoms* – APS: presenza di sintomi psicotici sotto-soglia nell'ultimo anno; (b) *Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms* – BLIPS: presenza di episodi psicotici franchi negli ultimi tre mesi che hanno avuto durata inferiore a una settimana e si sono risolti spontaneamente; (c) *Genetic Risk and Deterioration* – GRD: presenza di un disturbo psicotico in un familiare di primo grado e riduzione del funzionamento generale nell'ultimo anno.

(2) l'approccio basato sui Sintomi di Base (Schultze-Lutter et al., 2007). I Sintomi di Base sono disturbi subclinici di natura soggettiva disturbanti, riscontrabili nei soggetti a rischio di sviluppare

psicosi e nelle fasi intervallari e post-acute del disturbo. Il modello dei sintomi di base sviluppato dal gruppo di Bonn diretto da Huber pone l'accento sul vissuto di vulnerabilità psicotica, così come è esperito in prima persona ancora prima dello sviluppo di sintomi produttivi, disorganizzati o negativi. Tale vissuto di vulnerabilità consiste in esperienze elementari a carattere disturbante. I Sintomi di Base possono riguardare vari domini: a) percezione del proprio corpo e della realtà, quali cambiamenti della percezione del volto, dei colori, dei suoni, dei gusti, la sensazione di movimento degli oggetti percepiti; b) pensieri e processi cognitivi, in particolare disturbi della concentrazione, interferenza del pensiero, blocco del pensiero, perseverazione del pensiero, disturbi della memoria, rallentamento del flusso del pensiero, disturbi dell'intenzionalità del pensiero; c) alterazioni del linguaggio, sia espressivo che ricettivo; d) disturbi somatici e alterazione delle esperienze motorie, quali sensazione di debolezza, sensazioni termiche alterate o di anomala pesantezza, blocco motorio. Uno specifico sottogruppo di dieci sintomi di base è risultato particolarmente predittivo del successivo sviluppo di psicosi negli studi longitudinali (Klosterkotter et al., 2011; Schultze-Lutter et al., 2010).

I tassi medi di transizione a psicosi per pazienti con criteri di rischio è circa del 20% nel primo anno e sale nel giro di 10 anni fino al 35% per i campioni UHR (Nelson et al., 2013) e fino all'80% per il criterio *Cognitive Disturbances* (COGDIS) dei Sintomi di Base (Schultze-Lutter et al., 2006).

1.2 Identificazione precoce degli Stati Mentali a Rischio

Dato che la fase prodromica è caratterizzata da sintomi di natura non specifica, i tradizionali strumenti di valutazione psicopatologica della sintomatologia psicotica non sono sufficientemente sensibili a rilevare le condizioni di rischio psicotico. A tale scopo sono stati costruiti strumenti di screening iniziale e interviste semi-strutturate per l'identificazione dei sintomi tipici della fase prodromica. Le interviste prodromiche che individuano i soggetti UHR derivano principalmente dalla PANSS (*Positive And Negative Syndrome Scale*) e dalla BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) attraverso una progressiva precisazione degli item discriminanti, due gruppi sono giunti indipendentemente alla creazione di interviste semi-strutturate per individuare gli UHR. Il gruppo australiano della PACE (*Personal Assessment and Crisis Evaluation*) Clinic ha messo a punto la CAARMS (*Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States*, Yung et al., 2002), mentre il gruppo della PRIME (*Prevention through Risk Identification, Management and Education*) Clinic alla Yale University ha ideato la SIPS (*Structured Interview for Prodromal Syndromes*, Miller et al., 2003; Comparelli, 2011). Per valutare gli indicatori maggiormente discriminanti del rischio di

transizione a psicosi, il gruppo tedesco che aveva progettato lo studio ABC ha sviluppato una scheda diagnostica, l'*ERIRAOS-Checklist (Early Recognition Inventory Checklist)*, che integra il ruolo dei sintomi aspecifici di disagio tipici dei prodromi della schizofrenia (ritiro sociale, depressione, mancanza di energia, nervosismo) con il potere predittivo dei sintomi indicativi di aumentato rischio di transizione a psicosi (derealizzazione, idee persecutorie, esperienze allucinatorie) (Maurer et al. 2006).

Criteria UHR in base alla loro operazionalizzazione nella SIPS (McGlashan et al., 2010)

- A. Presenza di almeno uno dei seguenti Sintomi Psicotici Attenuati (APS), manifestatosi più volte nel corso dell'ultimo mese, per un periodo di almeno una settimana. Corrisponde al punteggio da 3 a 5 nella SIPS.
- idee di riferimento; idee insolite o pensiero magico; idee di grandiosità; idee paranoidei/sospettosità; esperienze percettive insolite; pensieri ed eloquio strani
- Insorgenza dei sintomi negli ultimi 12 mesi oppure significativo aumento del sintomo (soprattutto rilevanza comportamentale più importante, minore critica rispetto al vissuto psicotico attenuato).
- B. Presenza di almeno uno dei seguenti Sintomi Psicotici Brevi, Limitati e Intermittenti (BLIPS), con insorgenza negli ultimi 3 mesi e tale da manifestarsi per almeno qualche minuto al giorno, per almeno un giorno al mese, ma meno di un'ora per quattro giorni a settimana in un mese. I sintomi hanno una remissione spontanea. Corrisponde al punteggio 6 nella SIPS.
- Allucinazioni; deliri; disturbo formale del pensiero
- C. Presenza di fattori di rischio (consanguinei di primo grado con diagnosi di psicosi non organica o presenza nel paziente di un disturbo di personalità schizotipico) e presenza di una significativa riduzione nel livello di funzionamento psicosociale valutata nella diminuzione del punteggio alla scala *Global Assessment of Functioning (GAF)* di almeno il 30% negli ultimi 12 mesi.

Criteria UHR in base alla loro operazionalizzazione nella CAARMS (Correll et al., 2010)

Criteria di stato:

A. *Attenuated Psychotic Symptom syndrome (APS)*

- uno o più sintomi psicotici positivi attenuati sotto-soglia es. contenuto insolito del pensiero/idee deliranti, sospettosità/idee persecutorie, grandiosità, anormalità/distorsioni percettive, disorganizzazione concettuale

- con sia frequenza sotto-soglia o intensità sotto-soglia; presente per \geq di una settimana all'interno dell'ultimo e per al massimo 5 anni

B. *Brief Limited Intermittent Psychotic Symptom syndrome (BLIPS)*

- sintomi franchi psicotici transienti: deliri, allucinazioni, disorganizzazione
- durata dell'episodio < a una settimana
- remissione spontanea dei sintomi: i sintomi sono presenti entro un anno ma non durano da più di 5 anni

Criteri basati sul tratto:

C. *Genetic Risk and Deterioration Symptom syndrome (GRD)*

- parente di primo grado con un disturbo psicotico OPPURE
- personalità che soddisfa i criteri per personalità schizotipica &
- caduta significativa del funzionamento come definito dalla GAF (*Global Assessment of Functioning*) di almeno 30% per almeno un mese all'interno dell'ultimo anno

Rappresentano criteri di esclusione la presenza di un disturbo psicotico presente o passato, una causa organica conosciuta per la presentazione e l'esposizione passata a neurolettici in dose equivalente a più di 15 mg di aloperidolo (questo può alterare il rischio di transizione).

I Sintomi di Base possono essere esplorati mediante specifiche interviste semi-strutturate, quali la SPI-A (*Schizophrenia Proneness Instrument-Adult*; Schulze-Lutter et al., 2007) e la SPI-CY (*Schizophrenia Proneness Instrument-Child and Young*; Schulze-Lutter et al., 2010).

Criteri per i sintomi di base nella SPI-A (Schulze-Lutter et al., 2008) e SPI-CY (Schulze-Lutter et al., 2010)

A. COPER Criteri di rischio dei Sintomi di Base Cognitivo-Percettivi

Presenza di almeno uno dei seguenti Sintomi di Base. Tale sintomo deve essersi presentato più volte nell'arco di almeno una settimana e deve essere comparso per la prima volta almeno un anno fa. Corrisponde al punteggio ≥ 3 alla SPI-A e SPI-CY.

- perseverazione di contenuti di coscienza emotivamente neutri; interferenza di pensieri emotivamente neutri; affollamento dei pensieri, fuga del pensiero; blocco del flusso del pensiero; disturbo recettivo del linguaggio (visivo/acustico); ridotta capacità di discriminare tra immaginazioni e

percezioni, tra ricordi e fantasie; tendenza all'autoreferenzialità, "ego-centrismo"; derealizzazione; alterazione o disturbo della percezione visiva, inclusa visione parziale; disturbi della percezione uditiva, inclusi acufeni

B. Criteri *high-risk* dei Sintomi di Base Disturbi Cognitivi (COGDIS)

Presenza di almeno due dei seguenti Sintomi di Base nel periodo di almeno una settimana. Corrisponde al punteggio ≥ 3 alla SPI-A e SPI-CY.

- Interferenza di pensieri emotivamente neutri; incapacità di suddividere l'attenzione; affollamento dei pensieri, fuga del pensiero; blocco del pensiero (dai 13 anni); disturbo recettivo del linguaggio (visivo e/o acustico); disturbo espressivo del linguaggio; tendenza all'autoreferenzialità, "ego-centrismo"; disturbo della comprensione di simboli (concretismo) (dai 13 anni); tendenza a fissare l'attenzione su dettagli percettivi

1.3 Esordio Psicotico

Un episodio conclamato di psicosi nello spettro della schizofrenia è generalmente preceduto da un periodo prodromico in cui sono presenti dei sintomi sotto-soglia che possono causare sofferenza psicologica. Possiamo quindi considerare il Primo Episodio Psicotico (*First Episode Psychosis - FEP*) come l'esito di una traiettoria di sviluppo in cui esperienze psicotiche subcliniche hanno preceduto la manifestazione di una psicosi franca. La malattia grave, se lasciata a sé, evolve verso una progressiva perdita di abilità cognitive e sociali, a sua volta premessa per un peggioramento sintomatologico e comportamentale (Cocchi e Meneghelli, 2012).

Con l'attenuazione della sintomatologia positiva, prevalgono i sintomi negativi e i sintomi aspecifici che si erano già presentati nella fase prodromica. Se il paziente permane in questa fase a lungo, senza che si instauri una remissione completa, si sviluppa uno Stato Residuale della Schizofrenia, in cui predominano i sintomi negativi, ed è caratterizzato da alterazioni della personalità, apatia, deficit nel funzionamento, deficit dei contatti sociali, appiattimento affettivo, ipocondria, in casi gravi anche da una grave perdita degli interessi e dell'iniziativa, perdita della competenza sociale con ritiro sociale fino all'autismo, impoverimento affettivo e grave trascuratezza dell'igiene personale.

Nel caso di una regressione evidente sia della sintomatologia positiva, sia della sintomatologia negativa, si ha una Remissione. Per definire un paziente in remissione utilizzando la scala PANSS gli item seguenti devono avere la gravità non superiore a lieve: delirio, disturbi formali del pensiero,

allucinazioni, contenuti insoliti del pensiero, manierismi e posizioni del corpo innaturali, appiattimento affettivo, ritiro sociale, mancanza di spontaneità e fluidità nel linguaggio. Nel caso in cui i punteggi fossero superiori al grado lieve si parla di remissione parziale, che è in parte sovrapponibile al concetto di fase residuale.

Un livello ulteriore rispetto alla remissione è rappresentato dalla *Recovery*, che in questo caso non va intesa come guarigione in senso stretto, ma uno stato in cui accanto alla regressione della sintomatologia complessiva si manifesta anche un miglioramento del funzionamento psicosociale del paziente, una maggiore stabilità e una migliore integrazione sociale. Il paziente ha riacquisito la capacità di gestire la quotidianità “normalmente” e ha acquisito strategie di *coping* funzionali per la sua situazione.

2. Trattamento degli Stati Mentali A Rischio e degli Esordi Psicotici

2.1 Intervento integrato

La letteratura scientifica che si è concentrata su *early detection* e *early intervention* nelle psicosi ha mostrato che l'intervento integrato, che include procedure di *early intervention*, psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo e intervento sui familiari, trattamento farmacologico e *case management*, appare il più promettente e più efficace (Ruggeri et al., 2012). Infatti, l'efficacia del trattamento farmacologico con antipsicotici nei primi episodi psicotici è modulata dal fatto che nonostante si abbia un iniziale riduzione sintomatologica, la *recovery* funzionale sia povera anche quando è stato fornito un ottimo trattamento farmacologico. Anche i membri della famiglia che fungono da *caregiver* sono colpiti da un *distress* emotivo che può svilupparsi in una psicopatologia di per sé e necessitare di un trattamento e parallelamente rappresenta un fattore di rischio per la ricaduta del paziente. È chiaro, quindi, come il trattamento farmacologico da solo non sia sufficiente per prevenire le ricadute o assicurare una buona *recovery* funzionale dopo il primo episodio psicotico (Alvarez-Jimenez et al., 2011). C'è un crescente interesse nell'intervento psicosociale come mezzo per facilitare la *recovery* e per ridurre la disabilità a lungo termine associata alla psicosi. Gli interventi integrati si avvalgono di staff multidisciplinari, che integrano le competenze dello psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore, TERP terapeuta della riabilitazione psichiatrica, e prevedono l'utilizzo di forme multiple e integrate di trattamento, quali terapia farmacologica, psicoterapia (*Cognitive Behavioural Therapy* - CBT), social skill training, intervento di supporto lavorativo, psicoeducazione, visite domiciliari, interventi rivolti ai familiari. Nel contesto italiano è stato messo a punto lo studio sperimentale GET UP, un *trial*

clinico che prevede un intervento multicomponentiale della durata di 9 mesi per i pazienti all'esordio psicotico, che prevede farmacoterapia, interventi CBT, psicoeducazione per i familiari e *case management* (Ruggeri et al., 2012). L'intervento integrato appare il più efficace, in quanto è associato alla riduzione/remissione sintomatologica, al miglioramento della qualità di vita, al miglioramento del funzionamento sociale e cognitivo, al miglioramento dell'*insight*, ad un alto livello di soddisfazione rispetto al trattamento, a tempi inferiori di ospedalizzazione, alla riduzione di abuso di sostanze, a meno episodi autolesivi (Bird et al., 2010).

2.2 Stadiazione dell'intervento

Sulla base del modello di stadiazione clinica proposto da McGorry et al. (2006) è stata proposta una stadiazione dell'intervento in fasi, in base alla gravità della sintomatologia presentata dal paziente (Haroun et al., 2005). In ciascuno stadio della malattia è possibile applicare la CBT con obiettivi specifici da raggiungere (Carcione et al., 2012; Popolo et al., 2013):

(a) nello Stadio Prodromico: l'obiettivo è ridurre la possibilità di sviluppare una sintomatologia psicotica franca in soggetti a rischio. Qualora la fase di valutazione e approfondimento diagnostico identifichi soggetti con sintomatologia suggestiva per un alto rischio di evoluzione psicotica, si dovrà procedere attivando un percorso di cura appropriato che coinvolga i professionisti della salute mentale formati per il trattamento di soggetti ad alto rischio. Si valuta caso per caso l'utilità di una "stadiazione" del rischio psicopatologico, il monitoraggio della sintomatologia e la possibilità di proporre interventi terapeutici di prevenzione o di cura correlati ai sintomi o al disagio emergente. Anche se la condizione di stato mentale a rischio non implica una transizione certa verso la psicosi, l'impatto che questa condizione determina sul piano psico-sociale, biologico e della qualità della vita è estremamente elevato e secondo molti autori legittima un intervento preventivo anche nelle fasi precoci (Bechdolf et al., 2005). Un intervento preventivo nei soggetti con stato mentale a rischio consente una riduzione delle probabilità di transizione a una psicosi franca (Morrison et al., 2004). Allo stesso tempo, i soggetti con stato mentale a rischio manifestano disturbi psichiatrici che richiedono di per sé un intervento terapeutico. Gli interventi mirano da un lato al trattamento dei sintomi presenti e dall'altro a ridurre il rischio di peggioramento di evoluzione verso un episodio psicotico conclamato. Per perseguire questi obiettivi, in letteratura sono stati descritti e applicati diversi tipi di intervento: in particolare, sono state utilizzate tecniche a indirizzo cognitivo-comportamentale e, in casi selezionati, anche interventi farmacologici (antipsicotici a basso dosaggio, antidepressivi, farmaci ansiolitici). Le evidenze scientifiche mostrano che interventi specifici con programmi di intervento precoce nei soggetti ad alto rischio abbiano ottenuto risultati

migliori rispetto ai trattamenti non specifici nel diminuire o ritardare il passaggio alla psicosi, migliorare la sintomatologia pre-psicotica e prevenire il declino sociale e del funzionamento (Ruggeri et al., 2012). Questo approccio di valutazione mirata alla “stadiazione” del rischio, presuppone l’adozione di adeguati strumenti di *assessment*. Identificato e correttamente quantificato il disagio mentale dei soggetti ad alto rischio di sviluppare un disturbo mentale grave, si può successivamente decidere di monitorare il decorso dei sintomi stessi o di pianificare un trattamento, se necessario, orientato sui sintomi e finalizzato ad alleviare la sofferenza associata. Tuttavia nelle linee guida del ministero della salute (SNLG, 2007) si evidenzia come ci sia bisogno di ulteriori studi di efficacia del trattamento negli stati mentali a rischio, poiché il livello delle conoscenze attuali non garantisce la forza sufficiente per raccomandare gli interventi di identificazione di soggetti a rischio o in fase prodromica al fine di prevenire l’insorgenza di malattia o di migliorare l’evoluzione clinica della stessa. A causa dell’eterogeneità clinica del fenomeno, non è possibile identificare con sufficiente precisione quali tra i soggetti a rischio o in fase prodromica di schizofrenia svilupperanno psicosi conclamate. L’impiego dei trattamenti farmacologici nei soggetti a rischio o in fase prodromica di schizofrenia, al fine di prevenire l’insorgenza di malattia o di migliorare l’evoluzione clinica della stessa, è controverso. Invece, l’impiego dei trattamenti psicologici specifici (CBT) nei soggetti a rischio o in fase prodromica di schizofrenia è raccomandato al fine di ridurre i sintomi, migliorare le abilità sociali, riconoscere i pensieri disfunzionali, abbassare i livelli di ansia e di depressione spesso correlati al disagio vissuto in fase prodromica.

(b) nel corso del Primo Episodio Psicotico: il trattamento deve garantire un controllo e un miglioramento del quadro clinico acuto e dei sintomi in comorbidità, cercando di favorire il recupero del funzionamento psico-sociale. Le linee guida del ministero della salute (SNLG, 2007) raccomandano programmi strutturati di identificazione e trattamento precoci di soggetti al primo episodio di schizofrenia. Una durata prolungata della psicosi non trattata (DUP) si associa a un decorso particolarmente negativo della malattia, a causa di effetti sfavorevoli prodotti sia dalla prolungata presenza di alterazioni neurobiologiche non trattate, sia dal parallelo scadimento delle condizioni psicosociali, ascrivibile alla presenza del disturbo. Al contrario, limitando la durata della malattia non trattata, si producono effetti favorevoli a lungo termine sul decorso dei sintomi negativi, depressivi e cognitivi, nonché del funzionamento sociale. Esiste un’associazione accertata tra la durata della psicosi non trattata, che spesso è in media 1-2 anni (Schultze-Lutter et al., 2010) e un decorso negativo del disturbo (Marshall et al., 2005). L’efficacia dell’intervento, consistente in

un miglioramento del decorso della malattia, è mediata dalla riduzione della DUP e dalla qualità dei trattamenti che i centri dedicati sono in grado di erogare. L'accuratezza diagnostica mostrata dalle scale di valutazione nel formulare una diagnosi di schizofrenia consente di raccomandare l'impiego di queste ultime per l'identificazione precoce di soggetti al primo episodio di schizofrenia. E' raccomandato il trattamento farmacologico dei soggetti al primo episodio di schizofrenia. L'alternativa tra farmaci di prima e seconda generazione (atipici) deve essere valutata caso per caso, in considerazione della minore incidenza di sintomi extrapiramidali e del maggior rischio di effetti metabolici che possono emergere a seguito dell'uso di farmaci atipici.

(c) nella Fase di *Recovery* o Periodo Critico: si cerca di stabilizzare il miglioramento ottenuto per evitare le ricadute. Nei primi 2-5 anni dopo il primo episodio psicotico il disturbo rischia di cronicizzarsi e quindi diventa più probabile la ricaduta: a un anno dall'esordio psicotico si hanno ricadute nel 20-35% dei casi, a due anni nel 50-65%, a cinque anni nell'80% (Robinson et al., 1999). Inoltre, nel periodo critico aumenta il rischio di rottura relazionale e di suicidio, e aumenta la difficoltà nella costruzione di una propria identità stabile o di rapporti intimi. E' necessario allora sviluppare strategie di intervento volte alla prevenzione delle ricadute a partire dal monitoraggio e al riconoscimento dei segnali prodromici e a incrementare il senso di benessere soggettivo e di funzionamento sociale generale del paziente. La psicoterapia deve affrontare due aspetti interconnessi per ottenere una remissione più duratura e favorire un miglior funzionamento dell'individuo: quelli della narrazione dell'esperienza di sé e della capacità metacognitiva, aspetti che potenzialmente possono consentire al paziente di mettere le basi per una migliore qualità della vita. Il raggiungimento di una narrazione personale più ricca e di una maggiore capacità di pensare sui propri e altrui pensieri consente ai pazienti di sentirsi in grado di pensare al futuro con speranza e di pianificare le soluzioni che possono portare al raggiungimento dei propri obiettivi. La remissione implica l'integrazione e l'attribuzione di significato ad esperienze difficili e dolorose. La capacità di costruire narrazioni ricche e articolate e la capacità di regolazione emotiva sono connesse con le capacità metacognitive che risultano compromesse nel paziente psicotico. È necessario allora utilizzare lo spazio terapeutico per allenare il paziente a comprendere i propri e altrui stati mentali, a riflettere sulla propria esperienza psicotica per poter attribuire ad essa significati nuovi e più adeguati. Le narrazioni dei pazienti rappresentano un contesto importante in quanto permettono di costruire il significato dell'esperienza e di connettere il passato al presente e al futuro, l'emozione alla cognizione, e di interiorizzare le rappresentazioni di sé e dell'altro e le aspettative ad esse associate (Lysacker & Lysacker, 2001). Il terapeuta dovrebbe allora sviluppare

progressivamente l'abilità del paziente di riflettere su come costruisce il significato degli eventi che lo vedono come protagonista. Questo lavoro dovrebbe portare il paziente a formulare rappresentazioni di sé e del mondo più flessibili e diverse, per articolare in questo modo modalità diverse di gestione delle situazioni vissute in modo problematico. Questo porta i pazienti ad avere una consapevolezza più stabile di sé e degli altri, dell'esperienza soggettiva e delle dinamiche interpersonali, con il risultato auspicato di un maggior controllo della propria vita sempre più auto-determinata. Le linee guida del ministero della salute (SNLG, 2007) raccomanda la terapia farmacologica del paziente schizofrenico nel periodo che segue l'esordio psicotico per ridurre le ricadute, tuttavia sono necessari ulteriori studi per verificare l'impatto di tale terapia sulla prognosi a lungo termine. In questa fase sono raccomandati anche trattamenti di tipo psicoeducativo familiare indirizzati a singoli nuclei familiari e il training di competenza sociale.

L'evoluzione e gli esiti finali dei disturbi psicotici sono in gran parte condizionati dalla tempestività e dalla qualità degli interventi terapeutici offerti nelle fasi precoci del disturbo. Il ritardo nel trattamento o interventi inappropriati possono accrescere il rischio di cronicizzazione del disturbo, con una conseguente riduzione della qualità di vita, il fallimento scolastico o la perdita dell'occupazione, la comparsa di comportamenti auto/eterolesivi, di conflitti intrafamiliari e il peggioramento delle relazioni interpersonali. Pertanto il percorso di cura dovrebbe mirare a rilevare la malattia il prima possibile, possibilmente in fase pre-psicotica e ad alto rischio di evoluzione psicotica, al fine di fornire tempestivamente il trattamento più appropriato per ogni fase della malattia. L'attenzione ai segnali precoci di rischio è fondamentale: prima si è in grado di intervenire, maggiori saranno le probabilità che il soggetto non acceda o prosegua su percorsi di rischio, fino alla patologia conclamata. Un intervento precoce sulle persone ad alto rischio può modificare il percorso di vita di un ragazzo per portarlo da comportamenti problematici verso comportamenti preventivi e conservativi dello stato di salute (Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, 2016). L'inizio del trattamento adeguato viene ritardato spesso perché la maggior parte dei pazienti non cerca aiuto durante la fase precoce e anche dal fatto che nella prassi clinica al di fuori dei servizi specializzati per la diagnosi precoce psichiatri e psicologi considerano il rischio psicotico spesso soltanto dopo che si sono già manifestati deliri e allucinazioni. Nella fase acuta il ritardo dell'inizio del trattamento, oltre al mancato riconoscimento della psicosi spesso a causa di disturbi in comorbilità, può essere dovuto alla sintomatologia positiva manifesta che comporta una perdita dell'esame di realtà e della coscienza di malattia.

2.3 Psicoterapia cognitivo-comportamentale nell'early psychosis

Le linee guida (SNLG 2007, NICE 2014) e la letteratura più recente indicano la terapia cognitivo comportamentale come la scelta di elezione nelle fasi iniziali delle psicosi, non solo per la sua possibilità di affrontare la sintomatologia specifica, ma anche per le sue forti valenze psicoeducative e riabilitative. Le strategie cognitivo-comportamentali diventano strumenti efficaci nel perseguire gli obiettivi connessi alle dimensioni cruciali della *recovery*: sintomatologia, funzionamento sociale, padronanza del proprio funzionamento psicologico e aspetti soggettivi della qualità di vita. Nell'intervento tempestivo sugli esordi e sui rischi psicotici la CBT trova le sue maggiori opportunità di ottenere risultati importanti e di integrarsi con le altre componenti dell'intervento. L'assunto di base dell'approccio cognitivo comportamentale alle psicosi è l'idea che le credenze e le esperienze psicotiche possano derivare da processi cognitivi che sono un continuum dell'esperienza normale. Le credenze deliranti e le convinzioni sulle voci si originano dall'interpretazione data dall'individuo all'esperienza psicotica e agli eventi di vita (Garety et al., 2001). L'essere umano tende a dare un senso al mondo ed alle proprie esperienze, e lo stesso fa il paziente con psicosi. Il contenuto del delirio rappresenta quindi un tentativo di dare significato all'esperienza, la forma è espressione di possibili errori o distorsioni delle modalità attraverso le quali il paziente compie questa operazione di attribuzione di senso. Nella terapia è importante seguire delle fasi, non avendo fretta di anticipare il passaggio da una fase all'altra (Cocchi e Meneghelli, 2012; Hagen et al., 2012; Popolo et al., 2013):

FASE 1) Aggancio. La fase iniziale della terapia è mirata ad agganciare la persona nell'accettare il trattamento e collaborarvi, e rappresenta forse il momento più cruciale dell'intervento. La sofferenza provocata generalmente dalle prime esperienze psicotiche franche, i sintomi che rendono difficile una vita soddisfacente, l'esperienza o il timore di un ricovero ospedaliero rappresentano spesso una forte spinta a chiedere aiuto. Tuttavia i giovani non sono facili da agganciare ad un percorso di cura. Le difficoltà di aggancio possono essere dovute a: negazione del disturbo (per mancata consapevolezza, per evitare lo stigma, evitare la terapia farmacologica, per non rinunciare al progetto di vita legato alle aspirazioni adolescenziali); assenza di fiducia nel terapeuta o nelle cure per pregiudizio o precedenti e infruttuose esperienze; ideazioni o deliri a contenuto paranoide. La difesa al trattamento diventa una difesa dalle implicazioni della consapevolezza di malattia e alle sue possibili conseguenze a lungo termine.

FASE 2) Costruzione dell'alleanza terapeutica. La relazione è favorita da: empatia; validazione della sofferenza e del disagio; normalizzazione; atteggiamento non giudicante; cura dell'altro; tolleranza della sofferenza. E' importante fin dall'inizio ascoltare, fornire spiegazioni sul razionale

della terapia CBT, elicitare *feedback*, chiarificare, riassumere, chiarire il significato di possibile fraintendimenti, essere pronti a scusarsi e a fare un passo indietro, tener conto del punto di vista e della visione del mondo del paziente, essere collaborativi, centrati sugli obiettivi, riconoscendo priorità a quelli identificati come più angoscianti. Al contrario sono da evitare confronti diretti e commenti di sfida, giudizi, critiche o l'evitamento di argomenti che generano sofferenza, difficoltà o imbarazzo nel terapeuta.

FASE 3) Assessment e formulazione del caso. La formulazione del caso è il processo in cui si integrano le specifiche informazioni fornite dal paziente con il modello cognitivo e serve sia a comprendere l'origine e i fattori di mantenimento delle difficoltà attuali, sia a orientare il terapeuta verso i punti fondamentali dell'intervento. La formulazione del caso corrisponde a un modello di disturbo che riconosce la continuità tra esperienze psicotiche e non psicotiche. Questo modello è sostenuto dal fatto che una vulnerabilità personale, composta da componenti genetiche e biologiche, da componenti sociali, da esperienze precoci traumatiche o avversità sociali, e da componenti psicologiche (ansia, depressione, pensieri, credenze, schemi cognitivi disfunzionali, *bias* cognitivi), possa essere sollecitata da eventi scatenanti, così da provocare disfunzioni emozionali ed esperienze anomale, spesso mediate da queste disfunzioni emozionali. L'esperienza patologica si consolida e si mantiene per la valutazione e il significato che la persona le attribuisce, per il perdurare delle stesse variabili che hanno concorso nel provocarla e per le conseguenze personali e sociali che essa porta (Garety et al., 2001). Il momento della raccolta delle informazioni è fondamentale per la costruzione di un modello individualizzato del disturbo: fattori predisponenti remoti o attuali, fattori di mantenimento e fattori di protezione individuali e sociali che si legano in un'analisi funzionale dalla quale derivare il piano di trattamento personalizzato. La formulazione del caso è il risultato della collaborazione tra terapeuta e paziente, deve essere condivisa con il paziente ed è un processo dinamico, che può modificarsi nel tempo, con l'evolversi della terapia e la modificazione della situazione patologica e relazionale della persona.

Modello dei sintomi positivi di Garety (2001). Questo modello si basa sul modello bio-psico-sociale e presuppone che la formazione dei sintomi psicotici sia multifattoriale. Lo stress nei soggetti vulnerabili biologicamente può attivare dei cambiamenti emotivi e cognitivi che provocano anomalie nell'esperienza cosciente riconducibili a disturbi del processamento delle informazioni. Secondo Garety (2005) ragionamenti specifici e *bias* nel processamento delle informazioni, schemi preesistenti su di sé e gli altri, disturbi della sfera emotiva e fattori sociali, nel loro insieme, facilitano l'attribuzione degli stati mentali anomali a fonti esterne. Il sintomo psicotico emergerebbe

quindi quando la persona valuta il fenomeno percettivo come un fenomeno esterno a sé, il cui significato è particolarmente rilevante e incontrollabile. Sarebbe quindi la personale interpretazione a provocare il disagio, piuttosto che l'esperienza in sé. La percezione anomala, associata alla variazione emotiva, diventa significativa a livello personale e porta alla ricerca di spiegazioni delle cause. A questo punto diventa cruciale l'intervento dei bias cognitivi che contribuiscono al giudizio su queste esperienze confuse provenienti da fattori percepiti come esterni. Le esperienze negative precoci, come traumi infantili o l'emarginazione sociale, possono creare le condizioni di una vulnerabilità cognitiva caratterizzata da schemi negativi di sé e degli altri che facilitano le attribuzioni esterne e l'abbassamento dell'autostima. Inoltre l'isolamento sociale ostacola l'assunzione di distanza dalle credenze deliranti, riducendo l'accesso a spiegazioni alternative e normalizzanti. I fattori di mantenimento dell'esperienza psicotica sono: processi di pensiero (*jumping to conclusion*, stile attributivo esternalizzato, ToM limitata, rigidità di pensiero, pensiero dicotomico, intolleranza dell'ambiguità); emozioni (ansia, rabbia, depressione conducono alla ricerca di significati congrui con l'emozione); schemi disfunzionali di sé e degli altri; scarso *insight* del disturbo; isolamento; ambiente avverso (famiglie ad alta emotività espressa).

Bias cognitivi. In letteratura si sono evidenziati alcuni *bias* tipici dei pazienti con *early psychosis*:

(1) *Jumping to conclusion.* I pazienti con psicosi sono più soggetti a raggiungere conclusioni, con un certo grado di sicurezza, basandosi su prove ambigue. Commettono *bias* di raccolta dei dati, cercando meno informazioni per raggiungere una decisione, piuttosto che compiere errori nel ragionamento probabilistico (Garety et al., 2005).

(2) *Stile di attribuzione (Self serving attributional bias).* Lo stile attributivo potrebbe essere considerato un meccanismo di difesa, che protegge dalla differenza percepita tra come si vorrebbe apparire agli altri e a come si pensa di essere visti. Per spiegare le cause degli eventi tendono ad auto-accreditarsi il successo e a negarsi la responsabilità del fallimento. Questo *bias* tende a proteggere l'autostima ed è frequente nei pazienti con deliri strutturati, in particolare di tipo persecutorio o di grandiosità (Craig et al., 2004).

(3) *Bias attentivi.* Le persone con delirio paranoide hanno un'attenzione selettiva per gli stimoli minacciosi e tendono a rievocare più facilmente episodi di situazioni potenzialmente pericolose (Bentall et al., 2001).

(4) *Bias* della metacognizione. Gli studi sulla metacognizione hanno rilevato delle disfunzioni nel monitoraggio della fonte, ovvero nella capacità di differenziare tra le esperienze che hanno origine dall'interno o dall'esterno, sia nei pazienti con deliri cronicizzati, sia al primo episodio psicotico.

(5) *Bias* di Teoria della Mente (*Theory of Mind* - ToM). I pazienti mostrano disfunzioni nella capacità di inferire gli stati mentali altrui per predirne e spiegarne i comportamenti. I deliri paranoidi riflettono l'esistenza di false credenze sulle intenzioni degli altri, provenienti probabilmente da una disfunzione di questa abilità. Secondo Frith (1996) questa capacità si sviluppa normalmente, ma subisce un danno durante la fase psicotica acuta, contribuendo in modo determinante a formare il delirio di persecuzione, di riferimento, le allucinazioni uditive in terza persona, alcuni aspetti del pensiero disorganizzato, alcuni fattori del disturbo del pensiero e i sintomi negativi.

FASE 4) Tecniche CBT. La CBT del trattamento delle psicosi si è focalizzata sul trattamento dei sintomi positivi e di quelli secondari all'impatto che la malattia ha sulla vita quotidiana del paziente: la compromissione delle relazioni, sia nel contesto familiare che sociale; disturbi emotivi, dall'ansia alla depressione, con aumento del rischio suicidario; aggressività e abuso di sostanze. Lo scopo è quello di favorire la comprensione dei sintomi e di promuovere strategie di *coping* più adattive migliorando così l'autostima del paziente. Le tecniche cognitivo-comportamentali che si possono utilizzare in questa fase sono: dialogo socratico; ristrutturazione cognitiva; test di realtà; esposizione alle situazioni temute e evitate; strategie di *coping*; psicoeducazione; normalizzazione. In particolare, la normalizzazione è una tecnica centrale nel trattamento delle psicosi, in quanto si basa sul modello cognitivo che evidenzia come la valutazione data ad un evento esterno o interno determini le reazioni emotive e comportamentali successive. Le esperienze psicotiche solitamente sono catastrofizzate non solo dai pazienti ma anche dalla società. La sola etichetta psicosi comporta una maggior percezione di imprevedibilità e pericolosità del comportamento del paziente. In realtà la letteratura evidenzia come le esperienze psicotiche siano presenti anche nella popolazione generale a diversi livelli su un continuum di gravità, e non siano qualitativamente diverse dalle esperienze normali (van Os et al., 2001). La tecnica di normalizzazione può essere utilizzata come strumento terapeutico anche per creare l'alleanza terapeutica, esplorando prima aree tematiche non minacciose per il paziente, per poi affrontare la sintomatologia vera e propria. La normalizzazione può aiutare la persona a comprendere come, in periodo di stress e preoccupazione, chiunque abbia pensieri automatici negativi, pensieri intrusivi e ossessioni con alcune caratteristiche simili alle

allucinazioni (ad es. possono essere vissuti come intrusivi, possono essere violenti e avere natura sessuale o religiosa). Il paziente quindi può realizzare che tutti possono sperimentare ansia a causa dei propri pensieri, ma la maggior parte delle persone decide di non reagirvi. L'obiettivo della CBT nelle fasi iniziali delle psicosi non è rappresentato solo dal tentativo di ridurre la sintomatologia positiva e il *distress* che l'accompagna. Oltre al trattamento dei sintomi, è importante approcciarsi anche all'impatto della malattia sulla persona, che può riguardare l'isolamento dalla propria famiglia e dal gruppo di amici, i problemi nelle relazioni sociali e lavorative, la depressione e la demoralizzazione, il rischio maggiore di autolesionismo, eteroaggressione e abuso di sostanze. Gli obiettivi della CBT includono la riduzione dello stress e della disabilità associati ai fenomeni psicotici conclamati o subclinici, l'aumento dell'*insight* nei confronti del disturbo psicotico e delle esperienze anomale, il miglioramento del tono dell'umore, dell'autostima e del funzionamento sociale e lavorativo (Hagen et al., 2012). Una visione dell'intervento psicoterapeutico più strettamente collegata alla complessità delle relazioni tra i diversi nuclei psicopatologici e fortemente ispirata al concetto multidimensionale di *recovery* esige di dare una centrale rilevanza alla lettura e al trattamento delle disfunzioni emozionali e alle strategie di promozione di un buon funzionamento sociale (Cocchi e Meneghelli, 2012).

Disfunzioni emozionali. Depressione e ansia rappresentano un obiettivo importante per l'intervento psicoterapeutico CBT nelle psicosi all'esordio, in quanto possono giocare un ruolo fondamentale nella patogenesi del disturbo sia essere viste come reazione all'esperienza di malattia. Manifestazioni depressive precoci concorrono a predire la possibilità di un esordio e soprattutto predicano la gravità della sintomatologia al primo episodio psicotico (Häfner et al., 2005). La depressione può essere vista come una reazione all'esperienza di psicosi, associata al senso di perdita, alla vergogna, all'umiliazione, al sentirsi in trappola e alla perdita di speranza (Birchwood et al., 2001), al grado con cui il paziente può ancora vedersi proiettato in ruoli e progetti significativi nel futuro, al ricordo di memorie intrusive ed evitamento di eventi traumatici, compreso quello del primo episodio psicotico (Morrison et al., 2003; Jackson et al., 2004). Le strategie CBT in questi casi sono simili a quelle classiche per la depressione: stabilire un obiettivo, programmare e monitorare padronanza e attività piacevoli, problem solving, incremento delle abilità sociali e di assertività, ristrutturazione delle credenze negative e del senso di sconfitta. I modelli cognitivi di base degli stati psicotici forniscono una comprensione di come le emozioni e lo sperimentare le caratteristiche dell'ambiente abnormalmente salienti possano condurre alla paranoia, e a esperienze anomale e in alcuni casi a un sovraccarico di esperienze soverchianti

(Garety et al., 2001), ne può risultare uno stato di ansia generalizzata. In molti casi i pazienti psicotici sperimentano pensieri e immagini tipiche di quelle sperimentate nell'ansia sociale o di pensieri e immagini di ansia sociale associate allo stigma. Disorganizzazione e problemi nel processare, comprendere e riconoscere le emozioni può rendere le situazioni sociali imbarazzanti, complesse, avversive. La configurazione di bassa attività e ritiro sociale che caratterizza la disabilità sociale tra le persone con psicosi può essere funzionalmente caratterizzata come un pattern di evitamento funzionale e comportamentale al disagio di queste situazioni. Questo evitamento può derivare da autoregolazione dell'esperienza della psicosi, depressione e confusione e sovraccarico di informazioni. Evitamento e ritiro sarebbero quindi comportamenti protettivi per gestire l'ansia e i sintomi psicotici. Un approccio cognitivo-comportamentale può fornire un'utile analisi della centralità dell'evitamento nella comprensione dei problemi psicotici e soprattutto di quelli collegati a bassi livelli di attività tipici della disabilità. Ma molte persone che hanno ritiro sociale e problemi di attività sociale nel processo della *recovery* dalla psicosi sperimentano ansia, strane esperienze e talvolta sintomi psicotici quali voci e paranoia, quando intraprendono nuove esperienze. La paura che queste esperienze possano indurre una ricaduta li spinge a smettere di ingaggiarsi in queste nuove attività e a ritornare a pattern di evitamento. Il ritiro riduce lo stress e mantiene uno stato di apparente tranquillità, ma in ottica CBT i comportamenti protettivi sono visti come tentativi di soluzione controproducenti, perché prevengono la disconferma di eventuali catastrofi future. L'intervento su questi aspetti deve essere cauto ed evitare iperstimolazioni e l'innalzamento dei livelli di stress (Cocchi e Meneghelli, 2012).

3. Trattamento CBT delle allucinazioni uditive

L'allucinazione consiste in un'anormalità percettiva che occorre in assenza di una corrispondente stimolazione esterna dell'organo sensoriale rilevante, che ha un sufficiente senso di realtà da essere scambiata per una vera percezione, sulla quale il paziente non sente di poter avere un controllo diretto o volontario (David, 2004). Nelle psicosi, la forma più comune di allucinazione è l'allucinazione uditiva verbale, che si manifesta nella percezione soggettiva di segnali comunicativi diretti alla persona: si tratta di voci imperative che impongono comandi al paziente, voci svalutanti che lo insultano, voci benevole che gli danno suggerimenti o voci commentanti che descrivono le azioni del paziente. In altri casi le voci non sono dirette al paziente, ma si manifestano come voci dialoganti tra loro. Le voci sono concettualizzate come rappresentazioni uditive valutate dal paziente come provenienti da una fonte esterna di informazione (Horowitz, 1975). Si tratterebbe quindi di pensieri automatici non riconosciuti come tali dal soggetto ed attribuiti a fonti esterne.

Alla base delle allucinazioni uditive vi sarebbe una disfunzione del monitoraggio della fonte, cioè della capacità di discriminare le informazioni auto-generate da quelle provenienti dal mondo esterno, in particolare ci sarebbe un'attribuzione a fonti esterne di eventi cognitivi interni (Carcione et al., 2012). Frith (1996) ritiene che le allucinazioni riflettano una disfunzione del meccanismo di monitoraggio interno che regola il dialogo interiore. Questa disfunzione provoca una dissociazione tra le intenzioni desiderate o pianificate e l'azione, quindi il paziente fallirebbe nel riconoscere la presenza di una disfunzione nel monitoraggio del proprio dialogo interno. La tendenza all'attribuzione esterna è accentuata da condizioni di *arousal* emotivo elevato e da eventi di vita stressanti. Le reazioni emotive in termini di ansia, angoscia, depressione, isolamento sociale sono associate al mantenimento ed allo sviluppo delle allucinazioni. Fattori di mantenimento delle voci sono i comportamenti di protezione, le erronee attribuzioni di significato (che a loro volta contribuiscono all'insorgenza ed al mantenimento dei deliri) e reazioni emotive alle voci stesse particolarmente forti e stressanti. Le strategie di *coping* disfunzionali e i comportamenti di sicurezza messi in atto dal paziente hanno l'obiettivo di neutralizzare o mitigare le voci o le conseguenze negative di queste, sia in termini di diminuzione dell'*arousal* emotivo, sia in termini di conseguenze nell'ambiente, ma spesso si traducono in condotte bizzarre ed estremamente pericolose per il paziente stesso e per gli altri (Morrison, 2004). Il trattamento CBT delle voci imperative (Byrne et al., 2006) ha come obiettivi ridurre la tendenza ad obbedire alle voci o a tentare di controllarle nei seguenti modi: indebolendo la percezione del potere delle voci e la loro capacità di danneggiare e far vergognare la persona; aumentando il senso di auto-efficacia del paziente; migliorando l'efficacia interpersonale. Il trattamento si suddivide in fasi (Hagen et al., 2012): 1) *assessment*, relazione terapeutica e formulazione del caso; 2) promuovere la percezione di controllo sulle voci; 3) modificare le credenze riguardo al potere delle voci; 4) ridurre i comportamenti protettivi e l'obbedienza alle voci; 5) affrontare questioni più generali di potere interpersonale e prevenire le ricadute; 6) lavorare sui significati personali.

4. Trattamento del delirio

Per delirio si intende una credenza probabilmente falsa che si colloca al limite estremo del continuum del consenso generale. Non differisce dalle idee sopravvalutate o dalle credenze normali e continua ad essere considerato credibile nonostante la presenza di evidenze contrarie. I deliri possono essere meglio compresi alla luce della storia di vita del paziente e acquisiscono senso nelle sue narrazioni (Roberts, 1991). Si distinguono due tipi principali di deliri (Hagen et al., 2012):

(a) I deliri di tipo I sono correlati a deficit cognitivi e a sintomi negativi e solitamente sono mantenuti con minor convinzione ed investimento emotivo. I pazienti spesso saltano alle conclusioni riguardo ad esperienze soggettive bizzarre che non riescono a comprendere pienamente e a cui tentano di dare un senso ricorrendo ad argomenti di attualità che compaiono nei giornali. Il contenuto di tali deliri risulta infatti essere in linea con la cultura: negli ultimi anni le tematiche più frequenti risultano essere legate alla tecnologia (es. microchip, satelliti, cellulari) e agli alieni.

(b) I deliri di tipo II solitamente sono deliri strutturati persecutori o di grandiosità, che si presentano in assenza di sintomi negativi e che possono insorgere in pazienti con episodio traumatico alle spalle, con la funzione di proteggere il paziente dai sentimenti intollerabili che potrebbe sperimentare nel momento in cui trova in situazioni ricollegabili al trauma, ad esempio nel corso di particolari ricorrenze o di altre giornate simbolicamente rilevanti. Questo tipo di delirio potrebbe agire come una sorta di difesa psicologica, in quanto sembra emergere dopo un periodo di ansia crescente e sembra finalizzato a ridurre l'escalation dell'ansia e a proteggere il paziente da una depressione sottostante. In particolare, il meccanismo psicologico di attribuzione esterna può mascherare alcune credenze negative e rappresentazioni di sé che risulterebbero intollerabili. Questi deliri emergono spesso dopo che alcune rappresentazioni di sé con funzione compensatoria sono state ripetutamente invalidate. Possono essere collegati a schemi disfunzionali di non amabilità, mancanza di valore personale (es “non sono degno di essere amato”, “sono sbagliato”, “non valgo niente”, “sono cattivo”).

In terapia inizialmente è sconsigliato attaccare il delirio, si dà per assodato che in quel momento il paziente crede che il delirio sia reale, quindi è necessario stare nel delirio con il paziente. Per il trattamento CBT del delirio si utilizza il modello ABC modificato: l'evento A è rappresentato dal delirio, i believes B sono costituiti dai pensieri automatici e dalla valutazione che il paziente dà rispetto al delirio, il C corrisponde allo stato emotivo del paziente conseguente a questa valutazione. L'obiettivo è lavorare sulla riduzione del disagio, trattando il delirio come un evento, per poi cercare insieme le strategie alternative per ridurre lo stress e il disagio conseguente alla valutazione del delirio. All'inizio si fa familiarizzare il paziente con il modello ABC su temi neutri e si nota quando comincia a cambiare idea su questi temi; poi si esplora l'origine e la fonte delle credenze, esaminando in modo critico le credenze; si passa poi a evidenziare le incoerenze per indebolire la convinzione; infine si concordano degli esperimenti comportamentali. L'approccio terapeutico è caratterizzato da: relazione collaborativa, gestione della disforia, rivalutazione degli eventi conseguentemente al tentativo di riduzione dello stress, lavoro sugli schemi negativi che il paziente

ha di sé, gestione e riduzione dello stress causato da fattori ambientali. Il terapeuta andrà alla ricerca dei problemi e dei significati personali inerenti il percorso evolutivo del paziente nascosti all'interno del delirio, nel quale l'espressione di determinati stati d'animo rimanda a convinzioni di base ed assunti disfunzionali scarsamente esplorati dal paziente e che, se identificati, contribuiscono ad individuare quelle aree di vulnerabilità fonte di disagio e sofferenza. Si cercherà di esplorare le autovalutazioni e le idee che il paziente ha di sé, cosa immagina che gli altri pensino di lui, e di individuare eventuali relazioni tra queste idee ed il contenuto del pensiero delirante. Quando e se il paziente riuscirà a modificare certe idee, si cercherà di fornire al paziente la possibilità di migliorare la propria qualità di vita indipendentemente dalla diretta riduzione o scomparsa dei sintomi, e di ridurre le probabilità di ricaduta. La presenza di deficit di Teoria della Mente contribuisce a determinare difficoltà a discriminare tra elementi soggettivi ed oggettivi, il che rappresenta un fattore di mantenimento di false credenze all'interno dei deliri. L'incapacità di leggere le intenzioni dell'altro nei pazienti schizofrenici ha come conseguenza che essi leggano tali intenzioni come univocamente malevole e pericolose per sé (Frith, 2004). Quindi attraverso l'analisi del contenuto delirante si cercherà di risalire agli schemi negativi su di sé, sul mondo e sugli altri, che, se disfunzionali, si cercherà di correggere attraverso le strategie cognitive ed una modulazione strategica della relazione terapeutica.

5. Trattamento CBT dei sintomi negativi

I sintomi negativi tendono a presentarsi più precocemente, ad essere più stabili nel decorso cronico della schizofrenia e ad avere una prognosi peggiore rispetto agli altri cluster sintomatologici. I farmaci antipsicotici hanno dimostrato un'efficacia limitata nei confronti dei sintomi negativi, rendendo prioritaria la ricerca relativa ai possibili nuovi trattamenti per questi aspetti delle psicosi. E' stato sviluppato un trattamento potenziato CBT *evidence-based* per i sintomi negativi chiamato MOVE (*MotiVation and Engagement*; Velligan et al., 2015). Si tratta di un trattamento integrato manualizzato che utilizza tecniche CBT quali: controllo degli antecedenti; piacere anticipatorio; elaborazione emotiva; CBT per affrontare i pensieri di auto-sconfitta; *skill bulding*.

6. Terapia Metacognitiva Interpersonale nell'early psychosis

Le evidenze recenti sembrano concordare sul fatto che i pazienti psicotici hanno difficoltà a riflettere sui propri e altrui pensieri, comprendere l'ironia, cogliere le intenzioni implicite, produrre narrazioni coerenti e riconoscersi come fonte dei propri pensieri e azioni (Lysaker & Lysaker, 2001;

Stratta et al., 2007). In letteratura si è evidenziato il loro impatto sulla sintomatologia e sul processo di *recovery* (Lysacker et al., 2007). Secondo Frith (1996) nei deficit della schizofrenia si manifesta uno sviluppo incompleto o involuto della ToM o della capacità di metarappresentare. Molti pazienti psicotici non riescono a distinguere le proprie rappresentazioni mentali della realtà (deficit di differenziazione tra realtà e rappresentazione); non riconoscono l'intenzionalità e l'autonomia delle proprie funzioni mentali (ad esempio riferendosi alle allucinazioni uditive) e percepiscono un'influenza diretta dell'esterno sul proprio corpo e funzionamento. La psicoterapia cognitiva ad orientamento metacognitivo implementa gli obiettivi della CBT (Carcione et al., 2012) con lo scopo di aiutare il paziente a: identificare le componenti della propria attività mentale, riconoscerle come proprie e associarle a situazioni che le possono influenzare -monitoraggio-; distinguere l'attività mentale interna (es. pensieri, emozioni, immaginazione) da quella percepita nella rappresentazione della realtà esterna -differenziazione-; leggere e comprendere intenzioni e stati mentali di altre persone in modo distinto e separato dalla propria attività mentale -decentramento-. Il terapeuta dovrà aiutare il paziente a ricondurre a sé alcune attività mentali, a differenziare meglio tra elementi generati dalla propria attività mentale da quelli provenienti dalla rappresentazione della realtà, ad identificare la natura dei pensieri come propri e non influenzati da azioni provenienti da altre persone. Solo quando il paziente è in grado di comprendere il proprio modo di articolare i pensieri e attribuirli a se stesso allora può impiegare strategie di *coping* o *problem solving* sui sintomi. La terapia centrata sulla metacognizione è stata inizialmente sviluppata per il trattamento dei disturbi di personalità, ma iniziano ad esserci tentativi di applicazione anche nella schizofrenia e una prima formalizzazione è stata elaborata da Lysaker et al. (2011).

7. Gruppi terapeutici nell'early psychosis

Social skills training. Il training di competenza sociale allena all'utilizzo di modalità comunicative assertive, ovvero orientate all'espressione della propria opinione e delle proprie emozioni, nel rispetto di se stessi e degli altri. Interventi di apprendimento di attività sociali e assertive, associate a un trattamento individuale di CBT, si sono rivelate efficaci nella riduzione dei sintomi psicotici (Lecomte et al., 2008), nella riduzione del rischio di ricaduta e nel miglioramento dell'intera condizione di vita del paziente (Malla et al., 2004). Gli obiettivi: favorire la *recovery* sociale, riconoscere i segnali sociali della comunicazione, sviluppare capacità di interazione verbale e non verbale, gestire le situazioni di stress, aumentare l'autostima e mantenere un atteggiamento di speranza verso il futuro.

Gruppo di gestione dell'ansia. Si utilizza un protocollo cognitivo-comportamentale ispirato a quello di Andrews per il disturbo da attacchi di panico e agorafobia (Andrews et al., 2003). Si compone di una prima fase psicoeducativa, in cui viene condiviso il modello cognitivo-comportamentale del disturbo d'ansia. Si impara poi ad applicare la tecnica dell'analisi funzionale, cioè a individuare le situazioni problematiche, i pensieri, le emozioni e i comportamenti e i fattori di mantenimento del disturbo, utilizzando il modello ABC. Si individuano e modificano i pensieri disfunzionali di catastrofizzazione, si insegna la tecnica del rilassamento muscolare progressivo e della respirazione controllata. Gli obiettivi (Cocchi e Meneghelli, 2012): insegnare a riconoscere e a gestire le situazioni ansiogene, incluse quelle di ansia sociale, e i pensieri disfunzionali sottostanti; aumentare l'autocontrollo; diminuire la tensione muscolare; migliorare il senso di autoefficacia.

Gruppi di mindfulness. È stato ideato un protocollo *Mindfulness* modificato per i pazienti psicotici (Chadwick et al., 2005). L'idea di applicare i protocolli *mindfulness* ai pazienti psicotici si basa sull'osservazione che i sintomi psicotici positivi causano un'elevata quota di stress nei pazienti che conseguentemente si impegnano in strategie di evitamento (es. distrazione, tentativi di soppressione, uso di droghe o alcool) o in attività mentali (es. rimuginio) che li porterà ad essere sempre più assorti e quindi stressati. Il presupposto su cui strutturare un intervento *mindfulness-based* con i pazienti psicotici consiste nell'aiutarli a sviluppare una maggiore consapevolezza dell'esperienza psicotica, imparare a lasciare andare giudizi e rimuginio, imparare ad accettare se stessi e i propri sintomi per quello che sono (Chadwick et al., 2009). In particolare la *mindfulness* stimola la capacità metacognitiva di decentramento dai propri sintomi.

8. Intervento sulle famiglie nell'early psychosis

La famiglia rappresenta un importante elemento di sostegno per il paziente, un fattore di protezione dalle ricadute e una protagonista fondamentale del processo di guarigione. Coinvolgere i familiari nel trattamento delle *early psychosis* è fondamentale, perché esiste una relazione tra l'Emotività Espressa dalla famiglia nei confronti del parente malato e il tasso di ricadute della malattia (Vaughn & Leff; 1976; Leff & Brown; 1977). A questo scopo, sono state messe a punto strategie di intervento psicoeducazionale e comportamentale che hanno avuto l'obiettivo di migliorare la comunicazione interpersonale famiglia-paziente, di incrementare le abilità di soluzione dei problemi e di fornire informazioni corrette sul disturbo e sulle possibilità di cura (Falloon, 1993). Le principali tecniche CBT che si utilizzano nell'intervento sulle famiglie sono psicoeducazione e *problem solving*. I contenuti dell'intervento sulle famiglie si focalizzano su: fornire informazioni chiare sulla malattia e sul disagio psichico, sui segnali di ricaduta e sui sintomi

che la caratterizzano; comunicare il messaggio che la malattia è affrontabile, che l'instaurarsi della disabilità è evitabile, che il processo di cura è multimodale e tutte le parti hanno un ruolo specifico e attivo; ristrutturare l'idea che un intervento immediato e tempestivo non significa "psichiatrizzare", ma interventi mirati su problemi specifici e invalidanti; fornire uno spazio alla famiglia dove elaborare l'esperienza di crisi in una chiave realisticamente ottimistica e orientata alla soluzione di problemi; non colpevolizzare la famiglia, ma considerarla una risorsa importante, rendendola alleata nel processo di trattamento. Il *problem solving* consente ai familiari di ridefinire i problemi in termini comportamentali e oggettivi e quindi di passare da una visione generica e confusa del problema ad una più semplice, pragmatica e meno spaventante. La definizione di obiettivi specifici e limitati facilita la produzione di soluzioni e la loro successiva attuazione nel contesto di vita, e ridimensiona le aspettative magiche e irrealistiche di cambiamento. I familiari che presentano situazioni patologiche personali o aspetti particolarmente elevati di disagio in risposta alla malattia del congiunto possono essere indirizzati verso interventi psicoterapeutici individualizzati (Cocchi e Meneghelli, 2004).

Conclusioni

Da quanto esposto, risulta fondamentale individuare precocemente le psicosi all'esordio e gli stati mentali a rischio di sviluppare psicosi per fornire un trattamento tempestivo, in modo da diminuire la DUP, contrastando una prognosi negativa. Il gold standard è un trattamento integrato con farmacoterapia, CBT individuale, trattamento di gruppo, intervento sulle famiglie e *case management*. Nonostante la percentuale di falsi positivi all'interno del gruppo degli stati mentali a rischio, è importante trattare comunque i disturbi riportati dai pazienti, perché i sintomi riportati dai pazienti meritano attenzione clinica e in caso di transizione a psicosi si ridurrebbe la DUP. Parallelamente, è importante affinare ulteriormente gli strumenti di identificazione precoce, ed è necessario che i terapeuti siano formati in modo specifico sugli strumenti disponibili per l'identificazione dell'*early psychosis* e sul tipo di trattamento adeguato in base alla stadiazione della psicosi.

Bibliografia

- Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J. F., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G., Amminger, G. P., ... & McGorry, P. D. (2011). Prediction of a single psychotic episode: a 7.5-year, prospective study in first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, 125(2), 236-246.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., Page, A., ... & Piacentini, D. (2003). Trattamento dei disturbi d'ansia: guide per il clinico e manuali per chi soffre del disturbo. Centro scientifico editore.

- Bechdolf, A., Ruhrmann, S., Wagner, M., Kühn, K. U., Janssen, B., Bottlender, R., ... & Klosterkötter, J. (2005). Interventions in the initial prodromal states of psychosis in Germany: concept and recruitment. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48), s45-s48.
- Birchwood, M., & Spencer, E. (2001). Early intervention in psychotic relapse. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1211-1226.
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis: the critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, S31-S40.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356.
- Carcione A, Nicolò G, Procacci M (Ed.) (2012). Manuale di terapia cognitiva delle psicosi. Angeli.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 403-412.
- Chadwick, P., Taylor, K. N., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(3), 351-359.
- Cocchi A e Meneghelli A. (2012) Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua. Manuale di intervento precoce. Milano, Edi-ermes
- Cocchi, A., & Meneghelli, A. (2004). *L'intervento precoce tra pratica e ricerca: manuale per il trattamento delle psicosi all'esordio*. Centro scientifico editore.
- Comparelli, A. (2011). Lo stato mentale a rischio e la sua valutazione. *Roma: Alpes Italia*.
- Correll, C. U., Hauser, M., Auther, A. M., & Cornblatt, B. A. (2010). Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 390-431.
- Craig, J. S., Hatton, C., Craig, F. B., & Bentall, R. P. (2004). Persecutory beliefs, attributions and theory of mind: comparison of patients with paranoid delusions, Asperger's syndrome and healthy controls. *Schizophrenia research*, 69(1), 29-33.
- de Bont PA, van Minnen A, de Jongh A (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled
- Falloon, I. (1993). *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Edizioni Erickson.
- Frith, C. D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Psychological medicine*, 34(3), 385-389.
- Frith, C. D., & Corcoran, R. (1996). Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological medicine*, 26(3), 521-530.
- Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological medicine*, 31(2), 189-195.
- Garety, Philippa A., Daniel Freeman, Suzanne Jolley, Graham Dunn, Paul E. Bebbington, David G. Fowler, Elizabeth Kuipers, and Robert Dudley. "Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis." *Journal of abnormal psychology* 114, no. 3 (2005): 373.
- Häfner, H., Maurer, K., Trendler, G., an der Heiden, W., Schmidt, M., & Könnecke, R. (2005). Schizophrenia and depression: challenging the paradigm of two separate diseases—a controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophrenia research*, 77(1), 11-24.
- Hagen, A. D. R., Turkington, D., Berge, T., & Grawe, R. W. (2012). Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi. *Berge & Gräwe, Eclipsi*.
- Haroun, N., Dunn, L., Haroun, A., & Cadenhead, K. S. (2005). Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research.
- Horowitz, M. J. (1975). Hallucinations: An information-processing approach. *Hallucinations: Behavior, experience and theory*, ed. RK Siegel & LJ West. John Wiley.[tarREH].

- Jackson, C., Knott, C., Skeate, A., & Birchwood, M. (2004). The trauma of first-episode psychosis: The role of cognitive mediation. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 327–333.
- Klosterkotter, J., Schultze-Lutter, F., Bechdolf, A., & Ruhrmann, S. (2011). Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next?. *World Psychiatry*, 10(3), 165-174.
- Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., MacEwan, G. W., Greaves, C., & Bentall, R. P. (2008). Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia research*, 102(1), 295-302.
- Leff, J. P., & Brown, G. W. (1977). Family and social factors in the course of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 130(4), 417-418.
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2001). Psychosis and the disintegration of dialogical self-structure: Problems posed by schizophrenia for the maintenance of dialogue. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 74(1), 23-33.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Carcione, A., Procacci, M., Salvatore, G., Nicolò, G., & Dimaggio, G. (2011). Addressing metacognitive capacity for self reflection in the psychotherapy for schizophrenia: a conceptual model of the key tasks and processes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(1), 58-69.
- Malla, A. K., Norman, R. M. G., McLean, T. S., MacDonald, C., McIntosh, E., Dean-Lashley, F., ... & Ahmed, R. (2004). Determinants of quality of life in first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(1), 46-54.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 62(9), 975-983.
- Maurer K, Hoerrmann F, Trendler G, et al. (2006). Identification of psychosis risk by the Early Recognition Inventory (ERIRAOS). Description of the schedules and preliminary results on reliability and validity of the checklist. *Nervenheilkunde*;25:11-6.
- McGlashan, T., Walsh, B., & Woods, S. (2010). *The psychosis-risk syndrome: handbook for diagnosis and follow-up*. Oxford University Press.
- McGorry P.D., Nelson B., Amminger G.P., Bechdolf A. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian New Zealand Journal Psychiatry*, 40: 616-622
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, W., ... & Woods, S. W. (2003). Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophrenia bulletin*, 29(4), 703.
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353.
- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., ... & Bentall, R. P. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 291-297.
- Nelson, B., Yuen, H. P., Wood, S. J., Lin, A., Spiliotacopoulos, D., Bruxner, A., ... & Francey, S. M. (2013). Long-term follow-up of a group at ultra high risk (“prodromal”) for psychosis: the PACE 400 study. *JAMA psychiatry*, 70(8), 793-802.
- Phillips, L. J., Yung, A. R., & McGorry, P. D. (2000). Identification of young people at risk of psychosis: validation of Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic intake criteria. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(s2).
- Popolo, R., Vinci, G., & Balbi, A. (2013). *Interventi precoci nelle psicosi*. Alpes.
- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., ... & Lieberman, J. A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of general psychiatry*, 56(3), 241-247.

- Ruggeri, M., Bonetto, C., Lasalvia, A., De Girolamo, G., Fioritti, A., Rucci, P., ... & Miceli, M. (2012). A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Trials*, 13(1), 73.
- Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Picker H, Steinmeyer EM, Ruhrmann S. Predicting first-episode psychosis by basic symptom criteria. *Clin Neuropsychiatry* 2007;4(1):11–22.
- Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Klosterkötter J. In: Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J, editors. *Evolving psychosis. Different stages, different treatments*. London, New York: Routledge; 2006. p. 104–23.
- Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Berning J., Maier W., Klosterkötter J. (2010). Basic symptoms and ultra high risk criteria: symptom development in the initial prodromal state. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1): 182-191.
- Schultze-Lutter, F., & Koch, E. (2010). *Strumento di valutazione per la propensione alla schizofrenia Versione per bambini e adolescenti*. Giovanni Fioriti Editore Srl.
- Schultze-Lutter, F., Addington, J., Ruhrmann, S., & Klosterkötter, J. (2008). *Strumento di valutazione per la propensione alla schizofrenia*. G. Fioriti.
- Servizio sanitario regionale Emilia-Romagna (2016). Raccomandazioni regionali per la promozione della salute e del benessere in persone all'esordio psicotico.
- Sistema Nazionale Linee Guida (2007). Gli interventi precoci nella schizofrenia.
- Stratta, P., Riccardi, I., Mirabilio, D., Di Tommaso, S., Tomassini, A., & Rossi, A. (2007). Exploration of irony appreciation in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(6), 337-339.
- van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of general psychiatry*, 58(7), 663-668.
- Vaughn, C., & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 15(2), 157-165.
- Velligan, D. I., Roberts, D., Mintz, J., Maples, N., Li, X., Medellin, E., & Brown, M. (2015). A randomized pilot study of MOtiVation and Enhancement (MOVE) Training for negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 165(2), 175-180.
- Yung, A., Phillips, L., McGorry, P., Ward, J., Donovan, K., & Thompson, K. (2002). Comprehensive assessment of at-risk mental states (CAARMS). *Melbourne, Australia: University of Melbourne, Department of Psychiatry, Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic*.

Marika Belleri

Studi di Psicologia e Logopedia (Grezzana - Verona)

Specializzata a Verona, training Prunetti e Baggio

e- mail: marika.belleri@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

La noia, questa sconosciuta: indagine su significati, emozioni e comportamenti associati a un costrutto tanto diffuso quanto confuso

Caterina Diani¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale (APC – Verona)

Riassunto

Nonostante la sua estrema diffusione tra le emozioni sperimentate in diversi contesti e fasi di vita, la *noia* risulta ancora oggi un costrutto estremamente sfuocato e confuso. Col passare del tempo autori provenienti da diversi ambiti di ricerca hanno cercato di indagare i contenuti associati a tale vissuto, portando ad individuare differenze significative sul piano emotivo e comportamentale, in associazione o meno con specifici quadri psicopatologici. Con questo articolo si intende fornire una panoramica generale di tali studi, passando per le diverse descrizioni fornite in ambito epidemiologico, filosofico-letterario, medico e psicologico. A seguire, vengono presentati i dati raccolti in una breve indagine condotta su 40 soggetti, suddivisi in due gruppi a seconda che i partecipanti fossero o meno impegnati in un percorso di psicoterapia. Tramite la somministrazione di questionari specifici, tutti i partecipanti sono stati interrogati sul proprio modo di leggere, descrivere e affrontare la *noia*, fornendo dati interessanti sul ruolo di questa emozioni nella vita di tutti i giorni. Tali risultati possono essere successivamente approfonditi in ambito di ricerca, per essere integrati sul piano clinico e preventivo.

Summary

Despite *boredom* is an emotion extremely diffuse in different contexts and phases of life, it still remains a very blurry and confused construct. Over time, authors from different fields of research have tried to investigate the characteristics associated with this experience, in order to identify significant dissimilarities between emotions and behaviors, in association with specific psychopathological frameworks. Herein, we

Caterina Diana, La noia, questa sconosciuta, N. 21, 2018, pp. 46-66.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

provide a general overview of these studies, through the descriptions provided from the epidemiological, philosophic-literary, medical and psychological fields. Moreover, we present the data from a brief survey administered to 40 participants. They were divided in two groups, depending on whether participants were engaged in a psychotherapy or not. Through the administration of specific questionnaires, all the participants were asked to express their way of interpreting, describing and dealing with *boredom*, thus providing interesting data on the role of this emotion in the everyday life. These results can be further deepened in different fields of research, so they could be integrated on clinical and preventive level.

1. Introduzione

La *noia* è un vissuto emotivo piuttosto diffuso oggi giorno, con notevoli conseguenze sul piano personale e relazionale, tanto da essere stata più volte descritta come una vera e propria piaga della società moderna. (Nett et al. 2011; Pekrun et al. 2010). Nonostante la presenza sempre maggiore di stimoli esterni e di dispositivi atti a mantenerci impegnati su più fronti contemporaneamente, sempre più spesso ci si trova davanti a persone che riferiscono di sentirsi annoiati, privo di motivazione, con bassi livelli di attenzione e con la sensazione di non sapere come occupare e far passare il tempo. Tali sensazioni accrescono nel soggetto uno stato di frustrazione, che lo porterebbe a percepirsi come non produttivo e costretto a mantenere condizioni non funzionali al soddisfacimento dei propri bisogni e al raggiungimento dei propri scopi (Lari et al., 2013).

Con l'obiettivo di provare ad identificare l'interesse scientifico nei confronti della "*noia*", Pitrowski e colleghi (2013) hanno condotto un'analisi sull'andamento storico delle ricerche incentrate sul tale costrutto, mettendo a confronto gli studi presenti in letteratura dal 1923 al 2013. Tale analisi ha rilevato come ancora oggi gli autori si ritrovino a scontrarsi con una notevole difficoltà nell'individuazione di una definizione condivisa del termine "*noia*", con conseguenze dirette sulla sua applicazione in ambito clinico e sperimentale. Di conseguenza, l'interesse per questo tema risulta ancora oggi fortemente presente, tanto da arrivare alla quinta edizione dell'International Interdisciplinary Boredom Conference, tenutasi a Varsavia, e alla settima edizione della Boring Conference di Londra (Steward, 2017).

Alla luce di quanto fin qui riportato, l'indagine descritta nelle pagine seguenti ha come obiettivo il tentativo di raccogliere i contenuti presenti in letteratura rispetto al tema della *noia*, integrando diversi ambiti di osservazione sul piano etimologico, filosofico, culturale e clinico. Sulla base di quanto individuato, si riportano di seguito i dati raccolti tramite una breve indagine condotta su un campione di quaranta soggetti, con l'obiettivo di raccogliere e confrontare dati qualitativi e quantitativi, relativi ai significati, ai vissuti emotivi e ai comportamenti associati alla *noia*.

1.1 Etimologia e semantica

Il significato italiano del termine “noia” può essere fatto risalire al latino *in odio*, mediato dal provenzale *enoja*, ed è associato a sentimenti di intensa negatività e repulsione, nei confronti dell’ambiente e delle circostanze da cui essi scaturiscono. Un rimando simile è rintracciabile nell’etimologia del termine spagnolo *aburrimiento* (avere in orrore), dove si rileva in modo ancora più incisivo il sentimento personale di rifiuto, con conseguente desiderio di distacco ed allontanamento. Parallelamente, l’etimologia tedesca *langweile* (tempo lungo) integra quanto già espresso con nuovi significati, quali la perdita e lo scorrere lento e imm modificabile del tempo. Infine, il termine inglese *boredom*, derivato da *to bore* (*annoiare*, ma anche *forare*, *trivellare*), arricchisce ulteriormente la comprensione del termine, rimandando alla natura monotona e ripetitiva delle situazioni in grado di suscitare tale vissuto. (Iazzetta et al., 2013; Maggini C., 2000) Parafrasando le diverse traduzioni quindi, il termine *noia* sembrerebbe indicare un tipo di *emozione* capace di descrivere un rapporto negativo tra il soggetto e il mondo, dove il disagio percepito deriva dal senso di assuefazione a stimoli abituali, senza reale possibilità di sbocco (Maggini, Dalle Luche, 1991).

1.2 Usi storici, letterari e clinici del termine “noia”

Sul piano storico e scientifico, l’attenzione al costrutto della *noia* ha tardato ad arrivare e, così come proposto da Iazzetta e colleghi (2013), si possono individuare quattro fasi di utilizzo di questo termine: *morale*, *filosofica*, *medica* e *psicologica*. A queste è possibile integrare inoltre una quinta “fase” di speculazione *letteraria*, utile ai fini di una maggior comprensione della *noia*, grazie alla presentazione di metafore, personaggi e storie di cui si rivela essere la protagonista.

In quella che gli autori hanno definito come “fase morale”, rintracciabile nel Medioevo cristiano occidentale, il termine *noia* risulta sovrapponibile *all’accidia*, uno dei sette peccati capitali caratterizzato da *inerzia* e “*torpore malinconico*”. Tale vissuto, riservato a monaci, teologi ed intellettuali delle alte classi sociali, viene descritto da Tommaso d’Aquino nella seconda metà del 1200, come “*il ritirarsi del bene divino*”, in quanto caratterizzato da inattività, sentimenti di vuoto, indolenza e difficoltà nel perseguire i propri doveri in ambito pratico e spirituale. (Maggini, 2000)

Sul piano filosofico invece, la tendenza a porre la *noia* al centro delle proprie riflessioni, ha avuto inizio nel XVIII secolo, tramite gli scritti di autori quali Pascal, Heidegger, Kirkegaard e Schopenhauer. Spinti dalla necessità di rimettere al centro dell’analisi sociologica la profondità dell’esperienza soggettiva, essi propongono una lettura della *noia* come uno tra i vissuti

caratterizzanti il genere umano. Ne è un esempio una tra le immagini più famose proposte dal filosofo Schopenhauer (1819), dove la *noia* trova posto tra i tre stati principali entro cui l'uomo si muoverebbe nel defluire della sua esistenza, "*oscillando come un pendolo tra noia e dolore, passando per fugaci intervalli di piacere*". Successivamente, Heidegger (1930) propose una lettura dello stato di *noia* su tre gradi distinti, a seconda che essa sia provocata da oggettive condizioni esterne (es. attesa del treno), dalla messa in atto di comportamenti distraesti e privi di senso (es. fumare ad una festa) o da uno stato di profonda e silenziosa insoddisfazione esistenziale. (Maggini, 2000)

Passando all'ambito letterario, la *noia* è stata più volte scelta come centro di diverse opere e riflessioni, e uno degli esempi più eclatanti è rintracciabile negli scritti di Giacomo Leopardi (1831-1835), dove viene innalzata alla "*più sublime forma tra i sentimenti umani*". La *noia* è stata poi ripresa come tema centrale negli scritti di diversi autori del Romanticismo, Decadentismo ed Esistenzialismo, dove viene proposta a più riprese come uno degli stati emotivi maggiormente capaci di ostacolare ogni processo di cambiamento e miglioramento di sé. Alcuni esempi sono rintracciabili nello "*stato di perenne e impagabile insoddisfazione*" di Madame Bovary (Flaubert, 1856), nell'angoscia esistenziale e nel tedio infinito (*spleen*) del poeta francese Charles Baudelaire (1857) o ancora nella "*tiepida palude temporale*" in cui si perde il protagonista di "La nausea" di Jean Paul Sartre (1947). Infine, essa verrà magistralmente descritta come "*totale assenza di rapporto tra l'uomo e gli oggetti*" tramite i vissuti di profondo smarrimento e disillusione del protagonista di "La noia" di Moravia (1960), il quale giungerà a capire come non sia tanto la *noia* dell'ambiente in sé a rendere il mondo noioso, quanto il suo personale modo di leggere la realtà, capace di renderla così profondamente inaffrontabile.

Spostandosi nell'ambito più specifico della medicina e della psicologica, dovranno passare numerosi anni prima che la *noia* entri a far parte degli interessi scientifici. In tal senso, i primi rimandi si possono trovare negli scritti di Kraepelin (1903), dove viene descritta come uno tra i vissuti "normali" caratteristici delle nevrosi e, di conseguenza, assente nelle psicosi. Un primo tentativo di definire la *noia* viene proposto da Mantegazza (1880), medico antropologo che la descrive come un "*bisogno non soddisfatto di esercitare in modo fisiologico l'una o l'altra o tutte le attività centrifughe che si vanno accumulando nei centri nervosi degli individui*". In tale definizione viene enfatizzato il carattere di immobilità successivamente descritto da Janet (1903) e dai suoi allievi come *ennui morbide*, ovvero una sorta di "stallo" tra la tensione verso l'uscita dallo stato di vuoto e l'assenza di stimolazione esterna ed interna necessaria per metterla in atto. Tale lettura verrà

adottata dal paradigma psicanalitico dove la *noia* si configura come uno “*stato paradossale di intenso desiderio in assenza di un oggetto*” (Fenichel, 1934) o come “*presenza di pulsione, in assenza di uno scopo*” (Greenson, 1949). Successivamente, secondo una chiave di lettura di stampo cognitivista, autori quali Castelfranchi e Micheli (2002) proporranno una descrizione della *noia* integrata con i principi della Teoria Generale delle Emozioni (Izard, 1977). Letta in termini di stato mentale ibrido, la *noia* si presenterebbe contemporaneamente come stato interno in cui gli scopi, se pur presenti, risultano inattivi e, parallelamente, come valutazione degli stimoli esterni, percepiti come talmente monotoni e ripetitivi da impedire l’acquisizione di nuove conoscenze. Parallelamente, la *noia* sarebbe annoverabile assieme all’interesse, la sorpresa e la curiosità tra le “emozioni della mente”, utili a riconoscere limiti e possibilità di massimizzare i propri livelli di conoscenza. (Levorato, 2000)

Come si può dedurre da tutti questi studi, la difficoltà di definire la *noia* è resa ancora più evidente se si pensa di voler racchiudere in una definizione linguistica, per sua funzione chiara e ben determinata, un vissuto emozionale necessariamente “discreto e sfocato” (Fehr e Russel, 1984, Lari et al., 2013). Uno degli esempi più diffusi è la definizione proposta da Maggini e Dalle Luche (1987), secondo i quali la *noia* sarebbe da intendersi come “*uno stato transitorio dove l’individuo esperisce senso di frustrazione, carenza di intenzionalità e una sensazione di dolorosa alienazione dalla realtà, percepita a sua volta come senza senso e inutile*”. Successivamente, nel tentativo di superare e semplificare tale definizione, Eastwood e colleghi (2012) hanno proposto una lettura della *noia* sicuramente più circoscritta, descrivendola come “*la sgradevole esperienza in cui il soggetto vuole dedicarsi ad un’attività appagante, senza tuttavia riuscirci*”.

Un punto di vista alternativo è stato proposto da Hamilton (1981), il quale propone di porre la *noia* all’interno del processo conoscitivo, come polo alternativo nel continuum positivo-negativo. In tal senso, la *noia* comporterebbe un aumento delle difficoltà di regolazione e coordinamento dell’attività mentale, nel processo di elaborazione dell’informazione in entrata. Parallelamente, gli studi di Mihaly Csikszentmihalyi (1975) sul concetto di *flow* (flusso) e di *esperienza ottimale*, hanno portato a valutare la *noia* come uno dei possibili “stati” con cui il soggetto si mette in relazione alle stimolazioni interne ed esterne. Più nello specifico, opponendosi all’ansia e all’apatia, la *noia* rappresenterebbe l’impossibilità d’azione, dovuta ad una disomogeneità tra gli stati interni e gli stimoli esterni, con conseguente vissuto di *irrequietezza soggettiva* (Hill e Perking, 1985) e una valutazione negativa dell’ambiente, in termini di novità e rilevanza. (Scherer, 1989).

Un'altra modalità che è stata utilizzata per provare a definire la *noia*, è stato quello di confrontarla con altri termini simili e spesso usati come sinonimi, primo su tutti il concetto di “vuoto”. Esso vien definito da Dimaggio e Semerari (2003) come una “*transitoria percezione di mancanza di scopi, precedentemente rappresentati nella mente del soggetto*”. Nella *noia* invece, gli scopi sembrerebbero rappresentati nel soggetto, il quale sa dire cosa vorrebbe raggiungere o come vorrebbe sentirsi, ma al momento si sente bloccato ed impossibilitato nel farlo. Altri tentativi di confronto con termini simili o spesso usati come sinonimi hanno portato a valutare differenze e somiglianze con *l'apatia* e *l'anedonia* che, sebbene siano entrambe associate ad uno stato di inattivazione, non sembrerebbero essere accompagnate dalla stessa urgenza di cambiamento percepita dall'*annoiato*. (Lari et al., 2013)

Provando a partire da un punto di vista più clinico ed esperienziale e cercando di identificare se sia possibile individuare uno stato di *noia* “normale” e uno di *noia* “patologica”, si è visto come la prima possa essere intesa come spontanea reazione a situazioni oggettivamente poco stimolanti, ripetitive e monotone, con conseguente appiattimento emotivo o “piacevole far nulla”. (Maggini, 2000, Ciandella et al., 2004; Lari et al., 2013) Inoltre, in alcune fasi della vita (adolescenza e presenilità) il soggetto è spinto fisiologicamente a mettere in atto una sorta di rallentamento, al fine di permettere un adattamento delle proprie risorse e spinte interne, in risposta alle richieste dell'ambiente esterno. Sul polo opposto invece, la *noia* “patologica”, sembrerebbe derivare da una condizione interna che si traduce in uno stato di indifferenza rispetto al mondo esterno, percepito praticamente sempre come inconsistente, bloccante, non attraente o spiacevole. A differenza della *noia* “normale” tale vissuto sembra insorgere in modo immotivato (*noia* endogena) con conseguente compromissione del rapporto tra sé e il mondo interno ed esterno (*noia* cronica). (Maggini, 2000)

Muovendosi sull'ipotesi di una possibile differenziazione interna al costrutto di *noia* Goetz e colleghi (2013) hanno condotto una serie di studi tramite i quali sono giunti ad individuarne cinque differenti tipologie, basate sul rapporto tra livelli di attivazione (*arousal*) e connotazione positiva o negativa dell'esperienza (*valenza*): *noia indifferente, calibrata, pressante, reagente o apatica*. Sulla base della differenziazione tra *noia* normale e patologica, queste ultime due tipologie risulterebbero le più a rischio, in quanto rispettivamente connesse con la messa in atto di comportamenti potenzialmente disfunzionali o con stati di “resa”, distacco emotivo ed impotenza, sovrapponibili ai principali sintomi depressivi. (Farmer and Sundberg 1986; Miller and Seligman, 1975).

In molti degli studi citati, l'osservazione di tale disinibizione comportamentale è stata proposta alla luce del costrutto *Sensation Seeking*, elaborato e successivamente indagato in riferimento a

diversi ambiti psicopatologici da Zuckerman e colleghi (1971; 1979; 1994). Con tale termine, l'autore fa riferimento ad una disposizione comportamentale primaria caratterizzata da quattro tendenze principali: *ricercare emozioni forti, provare nuove esperienze, disinibizioni in ambienti sociali e propensione alla noia con conseguenti comportamenti di evitamento*. Studi successivi hanno confrontato tale costrutto con le caratteristiche di personalità rilevate tramite il 16PF di Cattell (1956), rilevando come esso possa essere connesso ad altri tratti quali: *elevata forza dell'Io, fiducia in sé, iniziativa sociale, non conformità, scarsa autodisciplina, impulsività, dipendenza dal gruppo, diffidenza e radicalismo*. (Iaccucci M., 2014) Parallelamente, Dechenne e Moody (1988) parlano di *propensione alla noia* in termini di ridotta capacità di cogliere stimoli dall'ambiente esterno, per rispondere al desiderio di soddisfacimento dei propri bisogni e interessi coscienti. A tal proposito, particolarmente interessante risultano essere gli studi condotti su gruppi di soggetti volutamente posti in situazioni potenzialmente noiose o prive di stimoli, con la possibilità di scosse a frequenza e intensità regolabile. (Nederkoorn et al., 2016; Wilson et al., 2014) Tali studi hanno dimostrato come la maggior parte dei partecipanti possano arrivare a provocarsi stimoli dolorosi pur di uscire da stati di *noia* o per liberarsi dal sopraggiungere di pensieri potenzialmente fastidiosi.

Inoltre, nel tentativo di rendere ancor più significativi e confrontabili i risultati ottenuti nelle diverse ricerche, diversi autori hanno cercato di individuare una modalità adeguata a quantificare la *noia*, sia in termini di caratteristica personale (*noia di tratto*), sia come vissuto caratterizzante un determinato momento (*noia di stato*). Due esempi tra tutti di scale costruite sulla base di tali presupposti teorici sono rispettivamente la *Boredom Proneness Scale* (Farmer et al., 1986), e la *Multidimensional State Boredom Scale* (Fahlman et al., 2013), entrambe validate e tradotte in diverse lingue, con una buoni risultati sul piano della validità interna e della specificità delle sottoscale.

Provando infine ad osservare la *noia* da un punto di vista diametralmente opposto, in un numero più ristretto di studi, si è provato ad osservare se e in quali condizioni la *noia* possa avere una sua utilità nella vita del soggetto, arrivando ad individuare come in alcuni casi essa possa fungere da attivatore di creatività e di sviluppo di nuove idee. Di fatto, l'auto riflessività stimolata dal prolungarsi di uno stato di *noia* è stata rilevata come vera e propria spinta al cambiamento, capace di attivare le competenze personali, sia sul piano pratico che sulla capacità di stimolare creatività, fantasia e curiosità (Mann e Cadman, 2014).

2. Noia e psicopatologia

Fino ad oggi, la maggior parte degli studi condotti sulla *noia* in ambito clinico si sono incentrati prevalentemente sui risvolti negativi che essa può avere nella vita del soggetto, come fattore di rischio o di mantenimento di comportamenti disfunzionali. In particolare, è stata rilevata una relazione positiva tra i livelli di *noia* percepiti e diverse forme di disinibizione comportamentale: gioco d'azzardo (Mercer and Eastwood, 2010), abuso di alcool e sostanze psicoattive (Craparo, 2014), dipendenza da internet (Nichols and Nicki, 2004), abbuffate (Crockett et al., 2015; Moynihan et al., 2015), promiscuità sessuale, delinquenza giovanile, guida spericolata e autolesionismo in fase adolescenziale (Newberry e Duncan 2001; Biolcati et al., 2016)

In ambito clinico, tali manifestazioni possono presentarsi sia come caratteristiche centrali e determinanti per la diagnosi (Dipendenze da sostanze, Dipendenze Comportamentali, Disturbi del Comportamento Alimentare, Disturbo Oppositivo Provocatorio), sia come sintomi interni a condizioni cliniche e quadri psicopatologici più complessi, dove è stata rilevata una maggior *propensione alla noia* (Disturbi dell'umore e dei Disturbi) e un minor controllo nella gestione degli impulsi e delle emozioni (Disturbi di Personalità del Cluster B). Nel primo gruppo, il ruolo della *noia* è stato indagato separatamente nei casi di Depressione Maggiore Unipolare (Farmer e Sundberg, 1986) e nel confronto con le forme di depressione interne al Disturbo Bipolare (Lari e coll., 2013). Nel primo caso gli autori hanno rilevato un'associazione positiva tra la *noia* e la depressione, caratterizzata da un vissuto di forte ed intensa tristezza, seguita da un senso pervasivo di disperazione (*hoplessness*) e bassi livelli di *life satisfaction*. Per quanto riguarda il confronto sul vissuto di *noia* nei Disturbi Bipolari, Lari e colleghi (2013) hanno rilevato come essa sia paragonabile ad una forma di "*tonalità affettiva basica*" (di tratto) delle depressioni bipolari rispetto a quelle unipolari, con conseguente tendenza a rispondervi con condotte meno organizzate e più impulsive. Inoltre, hanno rilevato come tale tendenza risulti direttamente proporzionale all'aumentare della componente maniacale, amplificata da una scarsa capacità nell'auto generazione di stimoli e nella gestione del senso di frustrazione e della rabbia. Per quanto riguarda i Disturbi di Personalità del Cluster B, è stata riscontrata una forte associazione tra *propensione alla noia* e Disturbo Borderline da Clarkin e colleghi, (1993), come vissuto emotivo inaccettabile e indesiderato, capace di attivare stati di vuoto e conseguenti comportamenti impulsivi diretti a reprimerla. Per quanto riguarda l'associazione tra *noia* e Disturbo Narcisistico, secondo Wink e Donahue (1997) la predisposizione a tale vissuto può essere letta alla luce della differenziazione tra narcisismo *covert* e *overt*, come una caratteristica maggiormente presente nel primo gruppo di

pazienti. Più nello specifico, secondo un'ulteriore classificazione del Disturbo Narcisistico in *vulnerabile* e *grandioso* (dove entrambi possono presentarsi con modalità *covert* o *overt*), la *noia* e il senso di vuoto sono risultati associati ad un maggior stato di depressione ed ansia nei primi, e all'uso di sostanze nei secondi. (Carcione, Semerari; 2017) Secondo quanto proposto dal modello sviluppato dagli autori del Terzo Centro (Di Maggio et al., 2002 – 2007) i pazienti con narcisismo clinico ricercherebbero la grandiosità per contrastare stati interni di vuoto e per evitare il più possibile esperienze di umiliazione e vergogna. Inoltre, sulla base delle altissime aspettative che il soggetto si costruisce rispetto agli obiettivi da raggiungere, e grazie ad uno stile competitivo incentrato sul rango, anche l'osservazione degli stimoli provenienti dal mondo esterno sarebbe destinata a subire un processo di continua svalutazione e aumento dell'insofferenza nei confronti di stati di vuoto e *noia*. (Carcione e Semerari, 2017) Infine, studi successivi hanno evidenziato come la *noia* sia presente e funga da fattore di rischio per molte delle condotte impulsive tipicamente presenti in soggetti con diagnosi di Disturbo Antisociale. In particolare, la *noia* risulterebbe connessa con vissuti di rabbia, irritazione, distacco emotivo e piacere di dominare, con conseguenze sul piano della sicurezza sia personale (legale e fisica), sia sul piano della compromissione delle relazioni interpersonali (Gori et al, 2014).

3. Studio presente

3.1 Obiettivi studio

L'obiettivo primario della ricerca consiste nel raccogliere e confrontare dati qualitativi e quantitativi relativi ai significati e ai vissuti associati alla *noia*, raccolti in un campione eterogeneo, suddiviso in due gruppi (Sperimentale e di Controllo), a seconda che i partecipanti siano impegnati o meno in un percorso di psicoterapia.

Sul piano qualitativo, l'obiettivo dell'indagine consiste nell'individuare eventuali preferenze lessicali, scelte dai partecipanti per descrivere stati emotivi, situazioni e comportamenti associati alla *noia*, a partire dalle proprie esperienze personali. In linea con quanto presente in letteratura, da questa prima parte di indagine si ipotizzava di raccogliere dati a favore della difficoltà più volte rilevata nel definire lo stato di *noia*, sia in ambito clinico che di vita quotidiana.

Parallelamente, sul piano quantitativo, l'obiettivo dell'indagine consiste nell'individuare eventuali differenze tra i due campioni rispetto alla presenza di alti livelli di propensione alla *noia* (*noia di tratto*) e rispetto alla maggiore o minore intensità percepita dal partecipante stesso al momento della compilazione dei test (*noia di stato*).

In linea con quanto presente in letteratura, in entrambe le condizioni si ipotizzava di ottenere punteggi più elevati nel Gruppo Sperimentale, con una particolare incidenza in quei casi dove i sintomi afferiscono a quadri psicopatologici caratterizzati da disinibizione, impulsività e labilità emotiva, quali Disturbi del Comportamento Alimentare, Dipendenze e Disturbi dell'umore (Depressione e Disturbo Bipolare) .

3.2 Campione

La partecipazione allo studio era totalmente volontaria, previa proposta da parte del terapeuta o tramite un breve colloquio informale, in caso di partecipanti reclutati in ambito non clinico. I questionari proposti sono stati presentati come utili ad un'indagine sui significati associati al termine "noia", con la richiesta di compilarli a casa in unica sessione, facendo riferimento alla propria esperienza personale. Tutti i questionari sono stati raccolti e analizzati in forma anonima, in pieno rispetto delle norme previste per la privacy. I dati personali richiesti, al fine di costruire e confrontare i diversi campioni erano: età, genere (*maschile, femminile, altro*), percorso di psicoterapia attualmente in corso e, in caso positivo, il tipo di problematica per cui si è in cura e la presenza o meno di una terapia farmacologica. (vedi Tabella 1 e 2)

In totale sono state raccolte 40 adesioni (20 per il Gruppo Sperimentale e 20 per il Gruppo di Controllo) e tutti i soggetti hanno consegnato i diversi questionari compilati in tutte le loro parti.

Tabella 1. *Dati anagrafici*

| | Gruppo sperimentale | Gruppo di Controllo |
|----------------|----------------------------|----------------------------|
| Età | | |
| Media | 34,6 | 33,5 |
| Minimo-massimo | 16-57 | 22-66 |
| D.S. | 12,6 | 12,5 |
| Genere | | |
| Maschile | 6 | 6 |
| Femminile | 14 | 14 |
| Altro | 0 | 0 |

Tabella 2. *Psicoterapia e terapia farmacologica*

| | |
|--------------------------------------|----|
| Motivo della terapia | |
| DCA, Dipendenza, Disturbo dell'umore | 13 |
| Altro | 7 |
| Terapia farmacologica | |
| Si | 6 |
| No | 14 |

3.3 Metodi

L'indagine prevedeva la compilazione di tre questionari con modalità carta e penna, consegnati in formato cartaceo e restituiti a mano o tramite mail.

Il primo, *Questionario sulla noia*, è stato costruito ad hoc ai fini della ricerca e prevedeva domande aperte e chiuse individuate per la raccolta dei dati qualitativi, utili alla valutazione dei significati sul piano lessicale, semantico, emotivo ed comportamentale. (vedi Tabella 3)

Si è altresì fatto ricorso alla versione validata e standardizzata in lingua italiana della *Multidimensional State Boredom Scale* di Fahlman e colleghi, (2011) e della *Boredom Proneness Scale* di Farmer e Sunderberg (1986). (vedi Tabella 4)

Tabella 3. *Questionario sulla noia*

| | |
|----|---|
| 1 | Quale tra le definizioni proposte di seguito le sembra descrivere meglio il significato della parola "noia"? |
| | <ul style="list-style-type: none"> a) <i>Contemporanea presenza di un desiderio di attività e la repressione di questo, che lascia il soggetto privo di scopo, facendogli percepire una situazione di inibizione pulsionale</i> (Finchel, 1934) b) <i>Risultato della compresenza tra uno stato di insoddisfazione e avversione all'azione e uno stato di intenso desiderio in cui non si riesce a identificare l'oggetto del proprio bisogno</i> (Greenson, 1949) c) <i>Stato transitorio in cui l'individuo esperisce senso di frustrazione, carenza di intenzionalità e una sensazione di dolorosa alienazione dalla realtà, percepita come senza senso e inutile.</i> (Maggini e Dalle Luche, 1987) d) <i>Stato interno in cui gli scopi di vita del soggetto, seppur presenti, sono al momento del tutto inattivi e vi è una valutazione di monotonia e ripetitività degli stimoli esterni, tale da impedire l'acquisizione di nuove conoscenze.</i> (Castelfranchi e Miceli, 2002) e) <i>Sgradevole esperienza di volersi dedicare ad un'attività appagante, senza tuttavia riuscirci</i> (Eastwood et al. 2012) |
| 2 | Saprebbe darmi uno o più <u>sinonimi</u> della parola <i>noia</i> ? |
| 3 | Saprebbe darmi uno o più <u>termini opposti</u> alla parola <i>noia</i> ? |
| 4 | Sulla base della sua esperienza, in quali <u>situazioni</u> è più facile provare "noia"? |
| 5 | Sulla base della sua esperienza, che cosa le capita di fare per <u>uscire</u> da uno stato di <i>noia</i> ? |
| 6 | In una scala da 1 a 10 (dove 1 = "esperienza totalmente negativa" e 10 = "esperienza totalmente positiva") quanto definirebbe <u>negativa</u> o <u>positiva</u> l'esperienza della <i>noia</i> ? |
| 7 | Sulla base della sua esperienza, quale tra le <u>emozioni di base</u> (Ekman, 1992) riportate di seguito, le sembra maggiormente associata allo stato di <i>noia</i> ? (<i>gioia, tristezza, rabbia, paura, disgusto, sorpresa</i>) |
| 18 | Oltre a quelle appena elencate, ci sono <u>altre emozioni</u> che assocerebbe alla <i>noia</i> ? <ul style="list-style-type: none"> a) Se sì, può scriverla e riportare un esempio di una situazione in cui le è capitato di notare questa associazione? |
| 9 | Sulla base della sua esperienza, quando prova "noia" la sua <u>attenzione</u> : diminuisce, resta invariata o aumenta? |
| 10 | Sulla base della sua esperienza, quando prova "noia" la <u>percezione del tempo</u> : rallenta, è uguale a sempre o accelera? |

Tabella 4. *Questionari standardizzati*

| Test | Autori e anno | Descrizione |
|---|-----------------------|--|
| <i>Il Multidimensional State Boredom Scale (MSBS)</i> | Craparo et al. (2017) | <p>Noia di stato</p> <p>29 items a risposta singola su scala Likert a 7 punti.</p> <p>Lo scoring fornisce un punteggio totale e 5 riferiti ad altrettanti sottoscale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disengagement (<i>Disimpegno</i>) 2. High Arousal (<i>Alti livelli di arousal</i>), 3. Low Arousal (<i>Bassi livelli di arousal</i>), 4. Inattention (<i>Disattenzione</i>), 5. Time Perception (<i>Percezione temporale</i>) |
| <i>Scala di Inclinazione alla Noia (SIN)</i> | Gray e Sættoni (2006) | <p>Noia di tratto (o propensione alla noia)</p> <p>28 items a risposta singola su scala Likert a 5 punti</p> <p>Lo scoring fornisce un punteggio totale e 2 riferiti ad altrettante sottoscale:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Stimolazione Interna</i>: rileva la capacità del soggetto a procurarsi sufficiente stimolazione in risposta ai vissuti di <i>noia</i>. 2. <i>Stimolazione Esterna</i>: rileva la correlazione positiva tra alta propensione alla <i>noia</i> e bisogno di varietà e cambiamento, in un ambiente esterno percepito come monotono e ripetitivo. |

3.4 Analisi dei dati

Questionario sulla noia

I dati raccolti sono stati inseriti all'interno di un foglio Excell, suddivisi secondo due condizioni generali: "Gruppo sperimentale/Gruppo di Controllo" ; "Genere maschile/Genere femminile" e due condizioni interne al Gruppo Sperimentale: "Patologia Dca, Dip, Dep/Altro" e "Farmacoterapia si/no". Successivamente, i risultati ottenuti sono stati ordinati secondo un principio di frequenza e confrontati sia all'interno del gruppo totale, sia secondo le condizioni "Gruppo sperimentale/Gruppo di Controllo" e "Genere maschile/Genere femminile". Nell'analisi finale dei dati si è scelto volutamente di escludere le condizioni "Patologia- Dca, Dip, Dep/Altro" e "Farmaco si/no" in quanto la bassa numerosità campionaria del Gruppo Sperimentale, non forniva dati sufficienti per un confronto significativo tra gruppi. Inoltre, per quanto riguarda le domande a risposta aperta (2, 3, 4, 5, 8 e 8 bis), è stato necessario un lavoro di sintesi tra risposte simili al fine

di poter raggiungere risultati semanticamente sovrapponibili (es. nella domanda 3 “benessere”= “sensazione di benessere”=“stato di benessere” o nella domanda 4 “assenza di stimoli”= “mancanza di stimoli”= “essere senza stimoli”).

Questionari standardizzati

Per quanto riguarda l’analisi dei dati ottenuti tramite la somministrazione del MSBS e della SIN, tutte le analisi sono state effettuate utilizzando il pacchetto statistico SPSS, versione 16.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois). Data la scarsa numerosità campionaria e sulla base delle variabili prese in esame ai fini della ricerca, si è scelto di utilizzare il test t di Student per il confronto tra le medie dei punteggi ottenuti dai due gruppi e nelle singole sottoscale. Tale confronto è stato condotto rispetto alle condizioni “Gruppo sperimentale/Gruppo di Controllo”, “Genere maschile/Genere femminile”, “Patologia- Dca, Dip, Dep/Altro”. Si è deciso di escludere dall’analisi la condizione “Farmaco si/no” in quanto riportata da un numero troppo ristretto di soggetti.

3.5 Risultati

Questionario sulla noia

1. Quale tra le definizioni proposte di seguito le sembra descrivere meglio il significato della parola “noia”?

La definizione di *noia* scelta con maggiore frequenza (25%) dal gruppo totale è stata la “c”:

Sato transitorio in cui l'individuo esperisce senso di frustrazione, carenza di intenzionalità e una sensazione di dolorosa alienazione dalla realtà, percepita come senza senso e inutile.

(Maggini e Dalle Luche, 1987)

La stessa definizione è stata scelta dal 40% dei partecipanti del Gruppo Sperimentale mentre il Gruppo di Controllo ha preferito la definizione “d”, con il 35% delle preferenze.

Stato interno in cui gli scopi di vita del soggetto, seppur presenti, sono al momento del tutto inattivi e vi è una valutazione di monotonia e ripetitività degli stimoli esterni, tale da impedire l'acquisizione di nuove conoscenze. (Castelfranchi e Miceli, 2002)

Per quanto riguarda la condizione “Genere” nel Gruppo Sperimentale non si sono riscontrate differenze, mentre nel Gruppo di Controllo, i maschi hanno preferito la risposta “c” e le femmine hanno prediletto la definizione “b” (scelta dal 20% sul totale dei partecipanti):

Risultato della compresenza tra uno stato di insoddisfazione e avversione all'azione e uno stato di intenso desiderio in cui non si riesce a identificare l'oggetto del proprio bisogno

(Greenson, 1949)

Le restanti risposte “a” ed “e” sono state scelte rispettivamente dall’10% dei soggetti totali

2. Saprebbe darmi uno o più sinonimi della parola noia?

Dal confronto tra Gruppo Sperimentale e Gruppo di Controllo sono emersi 34 sinonimi per il primo e 25 per il secondo, di cui 14 condivisi tra i due gruppi.

Tra i sinonimi riportati da entrambi i gruppi, i più frequenti risultato “*monotonia*”, (22,5%), “*apatia*” (20%) e “*tedio*” (15%).

Per quanto riguarda i due gruppi presi separatamente, il sinonimo più frequente nel Gruppo Sperimentale è stato “*apatia*” (25% dei casi) e per il Gruppo di Controllo “*monotonia*” (40% dei casi).

Dal confronto delle risposte secondo la condizione “*Genere*”, i sinonimi più frequenti per i maschi sono stati “*apatia*” e “*tedio*” (16,5% ciascuno) e per le femmine “*monotonia*” (18%) e “*tedio*” (11%).

3. Saprebbe darmi uno o più termini opposti della parola noia?

L’analisi delle risposte ottenute a questa domanda ha portato a raccogliere un totale di 59 contrari. Dal confronto tra Gruppo Sperimentale e Gruppo di Controllo sono emersi 33 contrari per il primo e 26 per il secondo, di cui 15 condivisi tra i due gruppi.

Tra i contrari riportati da entrambi i gruppi, i più frequenti risultano “*attività*”(27,5%), “*interesse*” (17,5%), “*divertimento*”, “*gioia*” e “*soddisfazione*” (15% ciascuno).

Per quanto riguarda i due gruppi presi separatamente, il contrario più frequente nel Gruppo Sperimentale è stato “*soddisfazione*” (25%) e per il Gruppo di Controllo “*attività*” (40%).

Dal confronto delle risposte secondo la condizione “*Genere*”, l’unico contrario che è stato proposto dal gruppo maschile con una prevalenza maggiore rispetto ad altri è stato “*attività*” (16%) mentre nel gruppo femminile i contrari più frequenti sono risultati “*appagamento*” (32%), “*interesse*” e “*soddisfazione*” (18% ciascuno).

4. Sulla base della sua esperienza, in quali situazioni è più facile provare “noia”?

L'analisi delle risposte ottenute a questa domanda ha portato a raccogliere un totale di 33 situazioni nelle quali i partecipanti riferiscono di aver provato *noia* con maggior facilità. Dal confronto tra Gruppo Sperimentale e Gruppo di Controllo sono emersi 22 situazioni riportate da entrambi i gruppi, di cui 11 condivise.

Tra le situazioni riportate da entrambi i gruppi, la più frequente è risultata la seguente descrizione risulta *“quando si è costretti a fare qualcosa che non si ha voglia di fare”* riportato dal 40% dei soggetti, seguita da *“compiti e attività ripetitive ”* (20%) , *“assenza di programmi”*, *“assenza di stimoli”* e *“quando ci si sente soli”* (17,5% ciascuno).

Per quanto riguarda i due gruppi presi separatamente, la situazione riportata con maggior frequenza da entrambi i gruppi, Sperimentale e di Controllo, risulta *“quando si è costretti a fare qualcosa che non si ha voglia di fare”* (35% e 25%). Proseguendo con l'analisi, le situazioni riportate con maggior frequenza dal Gruppo Sperimentale risultano *“quando non si hanno programmi”*, *“compiti e attività ripetitive ”* e *“quando ci si sente soli”* (25% dei casi) e dal Gruppo di Controllo *“quando si prova disinteresse”*(20%).

Dal confronto delle risposte secondo la condizione *“Genere”*, non si sono riscontrate differenze significative ed entrambi i gruppi hanno riferito con maggior frequenza la situazione *“quando si è costretti a fare qualcosa che non si ha voglia di fare”* (16,5% per i maschi e 35,7% per le femmine)

5. Sulla base della sua esperienza, che cosa le capita di fare per uscire da uno stato di *noia*?

L'analisi delle risposte ottenute a questa domanda ha portato a raccogliere un totale di 23 strategie che i partecipanti riferiscono di provare ad utilizzare per uscire dallo stato di *noia*. Dal confronto tra Gruppo Sperimentale e Gruppo di Controllo sono emerse 23 strategie per il primo e 16 nel secondo, di cui 6 condivise.

Tra le strategie riportate da entrambi i gruppi, la strategia scelta con maggior frequenza risulta *“cercare attività piacevoli”*, riportata dal 27,5% dei soggetti, seguita da *“cambiare attività”* (17,5%).

Per quanto riguarda i due gruppi presi separatamente, le strategie riportate con maggior frequenza dal Gruppo Sperimentale risultano *“cercare attività piacevoli”*, *“cambiare attività”* e *“ascoltare musica”* (25% ciascuno) . Parallelamente, le strategie riportate con maggior frequenza dal Gruppo di Controllo risultano *“cercare attività piacevoli”* e *“cercare stimoli esterni”* (30% ciascuno).

Dal confronto delle risposte secondo la condizione “*Genere*”, le strategie riportate con una prevalenza maggiore rispetto ad altre nel gruppo maschile risultano “*cercare attività piacevoli*” e “*uscire*” (25%) e per il gruppo femminile “*cercare attività piacevoli*” (25%) e “*ascoltare musica*” (21,5% delle partecipanti).

Rispetto a questa domanda è importante riportare come condotte autolesive (*autolesionismo, uso di sostanze*) o potenzialmente dannose se utilizzate con modalità e frequenza disfunzionale (*mangiare, dormire, comprare, arrendersi*) risultano solo nel Gruppo Sperimentale, ad eccezione della strategia “*mangiare*” riportata da un’unica partecipante femmina nel Gruppo di Controllo .

6. In una scala da 1 a 10 quanto definirebbe negativa o positiva l’esperienza della noia?

Dall’analisi delle risposte fornite dal campione totale è stato riscontrato un punteggio medio di 4,7 in una scala da 1 a 10, dove 1 equivale ad una “*esperienza totalmente negativa*” e 10 ad una “*esperienza totalmente positiva*”.

Nel confronto tra il Gruppo Sperimentale e Gruppo di Confronto, il primo ha riportato un punteggio medio di 5,1, mentre il secondo ha ottenuto una media di 4,4. In entrambi i casi nessun partecipante ha assegnato il punteggio massimo di 10 e solo due partecipanti per il Gruppo Sperimentale e uno del Gruppo di Controllo hanno assegnato alla *noia* il punteggio più basso.

Per quanto riguarda il confronto secondo la condizione “*Genere*”, il punteggio scelto con maggior frequenza è stato “4”, con una prevalenza del 20% dei maschi e 30% nelle femmine.

7. Sulla base della sua esperienza, quale tra le emozioni di base riportate di seguito, le sembra maggiormente associata allo stato di noia?

Dall’analisi delle risposte fornite dal campione totale l’emozione di base maggiormente associata al vissuto di *noia* è stata la *tristezza*, con una incidenza dell’80%. Successivamente troviamo la *rabbia* con il 25% delle scelte e il *disgusto* con il 10% delle scelte. Solo due partecipanti hanno scelto la *paura* (sempre in risposta multipla associata alla tristezza) e nessuno ha scelto *gioia* o *sorpresa*.

Nel confronto tra il Gruppo Sperimentale e Gruppo di Confronto, la *tristezza* risulta aver ricevuto lo stesso numero di scelte raggiungendo l’80% in entrambi i gruppi. Si riscontra una differenza nella scelta della rabbia, rispettivamente 20% per il Gruppo Sperimentale e 25% nel Gruppo di Controllo . Il *disgusto* risulta scelto dal 5% del Gruppo Sperimentale e dal 15% del

Gruppo di Controllo , mentre la *paura* è stata scelta solo da due partecipanti del Gruppo Sperimentale (10%).

Per quanto riguarda il confronto secondo la condizione “*Genere*”, la *tristezza* è stata scelta come emozione primariamente associata all’ansia dall’83% dei maschi e dall’78% delle femmine, seguita in entrambi i gruppi dalla *rabbia* e solo nel gruppo maschile dalla *paura*.

8. Oltre a quelle appena elencate, ci sono altre emozioni che assocerebbe alla noia?

L’analisi delle risposte ottenute a questa domanda ha portato a raccogliere un totale di 27 emozioni che, sulla base delle loro esperienza, risulta associabile alla *noia*. Dal confronto tra Gruppo Sperimentale e Gruppo di Controllo sono emerse 24 emozioni per il primo e 13 nel secondo, di cui 10 condivise.

Tra le emozioni riportate da entrambi i gruppi, quella scelta con maggior frequenza risulta “*apatia*” (15%), seguita da “*depressione*”, “*frustrazione*”, “*impazienza*”, “*impotenza*”, “*malinconia*” e “*vuoto*” (8% ciascuno).

Per quanto riguarda i due gruppi presi separatamente, le emozioni riportata con maggior frequenza dal Gruppo Sperimentale risultano “*apatia*”, “*fastidio*”, “*frustrazione*”, “*impazienza*”, “*impotenza*” e “*vuoto*” (10% ciascuno), mentre nel Gruppo di Controllo spicca solo “*apatia*” (20%).

Dal confronto delle risposte secondo la condizione “*Genere*”, le emozioni riportate con una prevalenza maggiore rispetto ad altre nel gruppo maschile risultano “*apatia*”, “*frustrazione*” e “*insofferenza*” (16,5% ciascuno) mentre per il gruppo femminile si rilevano “*impazienza*”, “*impotenza*” e “*vuoto*” (11% ciascuno).

Se si, può riportare un esempio di una situazione in cui le è capitato di notare questa associazione?

L’analisi delle risposte ottenute a questa domanda ha portato a raccogliere un totale di 31 situazioni nelle quali i partecipanti riferiscono di aver notato una associazione tra la *noia* e l’emozione riportata nella domanda precedente. Dal confronto tra Gruppo Sperimentale e Gruppo di Controllo sono emerse 15 situazioni per il primo e 16 per il secondo, di cui solo una condivisa: “*situazioni di inattività*” (10% dei partecipanti).

Tra le situazioni riportate dal gruppo totale entrambi i gruppi, la più frequente è risultata la seguente “*quando non si riesce ad iniziare*” (12,5%). Per quanto riguarda i due gruppi presi separatamente, la situazione riportata con maggior frequenza dal Gruppo Sperimentale risulta

“quando non si riesce ad iniziare” (25%) mentre il Gruppo di Controllo ha riportato “quando non si ha voglia di fare una cosa”, “quando si è pessimisti” e “quando ci si sente passivi” (10% ciascuno).

Dal confronto delle risposte secondo la condizione “Genere”, non sono state rilevate risposte con una frequenza maggiore di altre per il gruppo maschile, mentre il gruppo femminile propone “quando si è depressi”, “quando si è insoddisfatti”, “quando si sente di star perdendo tempo”, “quando ci si sente inutili” (14,5%).

9. Sulla base della sua esperienza, quando prova “noia” la sua attenzione diminuisce/resta invariata/aumenta?

Dall’analisi delle risposte fornite dal campione totale l’80% dei partecipanti ha riportato che in presenza di *noia* l’attenzione diminuisce. Per il 10% dei partecipanti resta invariata e per il restante 10% aumenta.

Dal confronto tra il Gruppo Sperimentale e Gruppo di Confronto si rileva una leggera differenza nella preferenza per la risposta riguardante la diminuzione dell’attenzione associata alla *noia*, presente nell’85% del primo gruppo e nel 5% del secondo.

Per quanto riguarda il confronto secondo la condizione “Genere”, la diminuzione dell’attenzione in associazione alla *noia* risulta essere la scelta prevalente nel 75% dei maschi e nell’82% delle femmine. Solo un partecipante su tutto il campione maschile ha riferito come l’attenzione sembri aumentare in presenza di alti tassi di *noia* (8,3%), a differenza del 10,9% delle femmine.

10. Sulla base della sua esperienza, quando prova “noia” la sua percezione del tempo rallenta/resta invariata/accelera?

Dall’analisi delle risposte fornite dal campione totale l’87,5% dei partecipanti ha riportato che in presenza di *noia* la percezione del tempo rallenta. Per il 7,5% dei partecipanti resta invariata e solo per il 5% accelera.

Dal confronto tra il Gruppo Sperimentale e Gruppo di Confronto si rileva una leggera differenza nella preferenza per il rallentamento della percezione del tempo associato alla *noia*, presente nell’90% del primo gruppo e nel 85% del secondo.

Per quanto riguarda il confronto secondo la condizione “Genere”, il rallentamento della percezione del tempo in associazione alla *noia* risulta essere la scelta prevalente nel 83% dei maschi

e nell'89% delle femmine. La risposta relativa alla mancata variabilità della percezione del tempo stata rilevata nell'8% dei maschi e nell'11% delle femmine. Infine, nessuna delle partecipanti ha rilevato un'accelerazione, a differenza del restante 6% dei maschi.

Multidimensional State Boredom Scale – MSBS

Il confronto tra Gruppo Sperimentale e Gruppo di Controllo ha mostrato differenze significative nel punteggio totale della scala (TOT) e nelle sottoscale *Disinvestimento* (DI) e *Bassi livelli di arousal* (LA). Non sono state rilevate differenze significative nelle sottoscale *Alto livello di arousal* (HA), *Disattenzione* (IN) e *Percezione del tempo* (PT). (vedi Tabella 5)

Dal confronto interno all'intero campione secondo la condizione "Genere" (maschile/femminile/altro) non sono state riscontrate differenze significative nè nel punteggio totale, nè in alcuna delle sottoscale. Tale dato conferma quanto precedentemente rilevato dagli autori della versione originale (Fahlman et al. 2011) e nella sua validazione italiana (Craparo et al., 2017), sulla mancata variabilità ottenuta tra generi nella compilazione del test.

Dal confronto interno al Gruppo Sperimentale, suddiviso seconda la condizione "Patologia" (DCA+Dipendenze+Depressione/altro) non sono state riscontrate differenze significative nè nel punteggio totale, nè in nessuna delle sottoscale, nonostante i punteggi ottenuti siano sempre maggiori nel primo gruppo rispetto al secondo.

Tabella 5. *Confronto tra punteggi totali e sottoscale ottenuti al MSBS nei due gruppi sperimentali*

| Scala | Condizione | Media | d.s. | p-value |
|-------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| TOT | Controllo | 87,75 | 36,9 | ,029* |
| | Sperimentale | 115,10 | 39,17 | ,029* |
| DI | Controllo | 29,30 | 11,67 | ,010* |
| | Sperimentale | 40,60 | 14,65 | ,011* |
| HA | Controllo | 16,35 | 7,17 | ,305 |
| | Sperimentale | 18,65 | 6,80 | ,305 |
| LA | Controllo | 12,80 | 7,62 | ,040* |
| | Sperimentale | 18,10 | 8,12 | ,040* |
| IN | Controllo | 14,90 | 6,34 | ,178 |
| | Sperimentale | 17,65 | 6,33 | ,178 |
| PT | Controllo | 13,40 | 7,28 | ,064 |
| | Sperimentale | 18,15 | 8,42 | ,064 |

Scala di Inclinazione alla Noia - SIN

Il confronto tra Gruppo Sperimentale e Gruppo di Controllo ha mostrato differenze significative nel punteggio totale della scala (TOT) e in entrambe le sottoscale *Stimolazione Esterna* (SE) e *Stimolazione Interna* (SI). (vedi Tabella 6)

Dal confronto interno all'intero campione secondo la condizione "Genere" (maschile/femminile/altro) non sono state riscontrate differenze significative nè nel punteggio totale, nè in alcuna delle sottoscale.

Dal confronto interno al Gruppo Sperimentale, suddiviso seconda la condizione "Patologia" (DCA+Dipendenze+Depressione/altro) non sono state riscontrate differenze significative nè nel punteggio totale, nè in nessuna delle sottoscale, nonostante i punteggi ottenuti siano sempre maggiori nel primo gruppo rispetto al secondo.

Tabella 6. Medie, deviazioni standard e significatività delle singole scale

| Scala | Condizione | Media | d.s. | p-value |
|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| TOT | Controllo | 68,60 | 13,32 | ,001* |
| | Sperimentale | 84,50 | 14,55 | ,001* |
| SE | Controllo | 25,20 | 7,12 | ,003* |
| | Sperimentale | 32,15 | 6,57 | ,003* |
| SI | Controllo | 14,15 | 3,28 | ,002* |
| | Sperimentale | 18,25 | 4,61 | ,002* |

4. Discussione dei risultati e possibili sviluppi di ricerca

L'analisi delle risposte fornite al *Questionario sulla noia*, con particolare riferimento alle domande a risposta "aperta" (2, 3, 4, 5, 8 e 8 bis) ha confermato quanto riportato in letteratura rispetto alla difficoltà nell'individuare una definizione univoca e condivisibile del termine *noia*. Per quanto riguarda l'ipotesi di individuare una preferenza nella scelta lessicale dei sinonimi e contrari associabili alla *noia*, il numero elevato di risposte ottenute conferma la complessità e l'estrema soggettività di tale vissuto. Proseguendo con un'analisi più specifica, quanto ottenuto potrebbe essere spiegabile anche alla luce del modo con cui è stata posata la domanda, lasciando il soggetto libero di inserire più risposte, e non solo "la più rappresentativa" secondo l'esperienza personale. Inoltre, potrebbe essere interessante chiedersi se la stessa variabilità sarebbe stata ugualmente riscontrabile in altre popolazioni dove la lingua utilizzata si basa su una minor ricchezza e complessità lessicale rispetto all'italiano.

Per quanto riguarda il confronto tra i due gruppi, Sperimentale e di Controllo, l'analisi delle risposte ottenute non sembra mostrare differenze eclatanti nell'omogeneità della scelta dei termini

riportati. Ciononostante, in termini di variabilità e numerosità delle risposte fornite, risulta un dato oggettivo come il Gruppo Sperimentale abbia fornito un numero sempre maggiore di parole, sia rispetto ai sinonimi che ai contrari. Inoltre, a fronte di un stesso numero di situazioni riportate come potenzialmente attivanti, il Gruppo Sperimentale presenta un numero di strategie maggiore. Quest'ultimo dato può essere osservato in due direzioni distinte e opposte, a seconda che tale differenza sia dovuta ad una maggiore presenza di strategie "funzionali" o "disfunzionali". Nel primo caso, i limiti già esposti rispetto alle modalità di identificazione del campione sperimentale non ci permettono di fare questa valutazione, ma potrebbe essere interessante approfondire successivamente se le strategie riportate possano essere imputate ai contenuti del percorso terapeutico stesso e, in caso positivo, in associazione a quale tipologia di intervento psicoterapico. Nel secondo caso, si conferma quanto precedentemente individuato da altri autori sulla maggior propensione a reagire alla noia con comportamenti a rischio, in specifici quadri psicopatologici. Inoltre, volendo mantenere la condizione "*Psicoterapia SI/NO*" come variabile di confronto principale, potrebbe essere interessante differenziare ulteriormente i campioni sulla base di altre informazioni sul tipo di orientamento, la frequenza, la durata e l'ambiente di terapia (ambulatoriale, ricovero, pubblico, privato ecc...). In particolar modo, un confronto basato sull'orientamento della terapia potrebbe risultare interessante, data la differenza in termini di maggiore o minore attenzione data all'aumento delle competenze e risorse personali, nel riconoscimento e nella gestione delle emozioni.

Passando all'analisi dei dati raccolti tramite le domande a risposta "chiusa" del *Questionario sulla noia* (1, 6, 7, 9,10), è stata rilevata una tendenza generale a sperimentare vissuti emotivi negativi, in riferimento ad ambienti esterni percepiti come *senza senso, inutili, monotoni e ripetitivi*. Una riflessione sulle differenze osservabili tra i due gruppi può essere ipotizzata sulla tendenza del Gruppo Sperimentale a riportare vissuti di maggior *impotenza* e di *perdita* in termini di scopi e obiettivi a causa della *noia*. Tali vissuti sembrerebbero essere riconfermati da punteggi più elevati in termini di negatività dell'esperienza e alla presenza della *paura* tra le emozioni di base associate alla *noia*. Quest'ultima emozione, non è di fatto presente nel Gruppo di Controllo, nel quale risultano maggiormente presenti stati attivanti di rabbia e di disgusto. Tale differenza, associata alla presenza di maggiori esperienze di aumento dell'attenzione e di accelerazione del tempo, potrebbe essere letto come un tentativo di far fronte in prima persona per modificare la situazione, a differenza del Gruppo Sperimentale dove si rileva una maggior passività, impotenza o adozione di comportamenti a rischio.

Alla luce di quanto emerso, e dati limitati già rilevati in termini di numerosità campionaria e metodi per l'individuazione del campione clinico, questi dati potrebbero essere utilizzati come spunto di riflessione per eventuali studi successivi meglio strutturati. A tal proposito, un'ipotesi di ricerca potrebbe essere l'approfondimento specifico sul *sensu di efficacia* e sulla valutazione delle proprie competenze nell'affrontare il vissuto di *noia*.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati ottenuti tramite la somministrazione della *Scala di Inclinazione alla noia* (SIN) e della *Multidimensional State Boredom Scale – MSBS* (MSBS) sono state rilevate alcune differenze significative tra i due campioni, Sperimentale e di Controllo, sia rispetto ai tassi di *propensione alla noia* (noia di tratto) sia rispetto al vissuto di noia sperimentato al momento della compilazione dei test (noia di stato). In linea con quanto presente in letteratura rispetto ad alcune classi specifiche di pazienti, nel Gruppo Sperimentale è stata rilevata una maggior propensione a sperimentare noia, con particolare riferimento alle sottoscale *Disinvestimento* (DI) e *Bassi Livelli di Arousal* (LA) della MSBS. Parallelamente, l'analisi dei risultati ottenuti alla SIN ha mostrato una differenza significativa tra i due gruppi, sia nel punteggio totale, sia nelle due sottoscale relative alla *Stimolazione Interna* (SI) e *Stimolazione Esterna* (SE).

Il fatto che questi dati siano stati rilevati anche in un campione limitato di soggetti, e in assenza di indicatori standardizzati di gravità e tipo di diagnosi, può essere interpretato come un'ulteriore prova di quanto il vissuto di *noia* sia associato a diverse forme di disagio psicologico. Questa conferma può essere letta come indicatore da aggiungere a quanto rilevato in studi precedenti, sull'utilità di incrementare l'indagine sui vissuti associati alla *noia*, all'interno di percorsi di sostegno, prevenzione e terapia, in ambito psicologico e psicoterapico.

In particolare, osservando quanto rilevato dall'analisi delle sottoscale dell'MSBS, risulta interessante osservare come la *noia* si inserisca maggiormente tra i vissuti esperiti dal soggetto, quando si trova in situazioni capaci di ridurre i livelli di attivazione e di investimento emotivo. Tale descrizione, se riletta all'interno dell'ambito dei Disturbi dell'Umore, rimanda ai sintomi specifici quali apatia, anedonia e abulia, sperimentati in diversi ambiti della vita personale e relazionale. Di conseguenza, risulta fondamentale integrare gli interventi diretti al miglioramento di tali sintomi con un'indagine approfondita delle motivazioni e delle modalità con cui il soggetto tenta di uscire dallo stato indesiderato di inutilità.

Data la variabilità interna al campione sulla variabile "età", non è stato possibile individuare differenze significative tra le diverse fasi di vita (adolescenza, età adulta e presenilità). Ciononostante, data la presenza di dati esposti in letteratura sui rischi associati alla *noia* nei giovani

e negli anziani, potrebbe essere interessante approfondire maggiormente la componente di rischio di alcuni comportanti e integrare i diversi percorsi preventivi e terapeutici con tematiche associate al vissuto di *noia*.

Passando all'analisi dei dati condotta sulla base della condizione "*Patologia DCA+Dip+Dep/altro*", non sono state riscontrate differenze significative nè nel punteggio totale, nè in alcuna delle sottoscale dei due test standardizzati (MSBS e SIN). Data l'elevata mole di studi presenti in letteratura che rilevano una relazione diretta tra *propensione alla noia* e specifici quadri psicopatologici, si ipotizza che l'assenza di una differenza significativa nei dati raccolti possa essere dovuto alla combinazione di tre fattori interni al disegno di ricerca: bassa numerosità campionaria (totale e del Gruppo Sperimentale), assenza di uno strumento diagnostico specifico per i quadri psicopatologici indagati, modalità self report di descrizione del motivo per cui il soggetto è attualmente in terapia.

A fronte di tali limiti, potrebbe essere interessante provare a riproporre un disegno di ricerca simile a quello presentato in un campione più ampio, integrandolo con uno o più strumenti diretti a differenziare maggiormente il Gruppo Sperimentale dal Gruppo di Controllo in base alla sintomatologia contestuale (es. SCL-90, Millon Clinical Multiaxial Inventory, MMPI...). In alternativa, potrebbe essere utile integrare un questionario atto ad indagare solo i costrutti di *Impulsività* o *Sensation Seeking*, a prescindere dalla presenza o meno di un'eventuale diagnosi clinica.

5. Conclusioni

Alla luce di quanto già presente in letteratura, e grazie alle numerose conferme ottenute tramite questa indagine, risulta evidente come il vissuto di *noia* possa essere un fattore interessante da approfondire per ottenere maggiori risultati in ambito clinico e di prevenzione. Volendosi muovere in tale direzione, e data la scarsa tendenza dei pazienti a giungere in terapia con l'intento di lavorare direttamente sui propri vissuti di *noia*, ne consegue che sia il terapeuta stesso a proporre ed indagare tale esperienza, tenendo presenti le numerose associazioni riportate nelle pagine precedenti, in termini di correlazione tra sintomi, contesti, comportanti e specifiche fasi di vita. In tal senso, può essere utile provare a riconoscere insieme al paziente i diversi livelli di *noia* percepita e il suo ruolo nell'attivare o mantenere risposte emotive e circoli viziosi disfunzionali, in un'ottica di intervento terapeutico sempre più calato sull'esperienza diretta del singolo paziente.

Bibliografia

- Carcione, A., Nicolò, G. e Semerari, A. (2016). *Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*, Laterza, Bari, 2016.
- Carcione, A. e Semerari, A. (2017). *Il narcisismo e i suoi disturbi*. Eclipsi srl, Firenze.
- Castelfranchi, F. e Micheli, M. (2002). *Architettura della mente: scopi, conoscenze e loro dinamica*. In C. Castelfranchi, C., Mancini, F., Miceli, M. (a cura di) *Fondamenti di cognitivismo clinico*, pp. 17-62. Bollati Boringhieri, Torino.
- Cattell, R. B. (1956). Second-order personality factors in the questionnaire realm. *Journal of Consulting Psychology*, 20(6), 411-418.
- Baudelaire, C. (1857). *Fleurs du Mal*. Paris, Poulet-Malassis et de Broise.
- Ciandella, S., Messano, M.E., Rebecchi, D. (2004). *La noia*. In Apparigliato M., Lissandron, S., Emozioni consuete e inconsuete in psicoterapia cognitiva. Pp. 217-225. Deleyva, Psicoterapia: clinica e ricerca.
- Clarkin, J., Hull, J.W. e Hurt, S.W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal Personal Disorders* 7, 137-143.
- Craparo, G., Faraci, P., Gori, A., Hunter, J.A., Hunter, A., Pileggi, V., Costanzo, G., Lazzaro, A., Eastwood, J.D. (2017). Validation of the italian version of the multidimensional state boredom scale (MSBS). *Clinical Neuropsychiatry* 14, 2, 173-182
- Craparo, G. (2014) The role of dissociation, affect dysregulation, and developmental trauma in sexual addiction. *Clinical Neuropsychiatry*. 2014;11:86–90.
- Craparo et al. (2014b) Craparo, G., Gori, A., Mazzola, E., Petruccioli, I., Pellerone, M., Rotondo, G. Posttraumatic stress symptoms, dissociation, and alexithymia in an Italian sample of flood victims. *Neuropsychiatric Diseases Treatment*. 2014b;10:2281–2284
- Craparo, G., Gori, A., Dell’Aera, S., Costanzo, G., Fasciano, S., Tomasello, A., & Vicario, C. M. (2016). Impaired emotion recognition is linked to alexithymia in heroin addicts. *PeerJ*, 4.
- Crockett, A.C., Myhre, S.K., Rokke, P.D. (2015). Boredom proneness and emotion regulation predict emotional eating. *Journal of Health Psychology*. 20, 5, 670-680.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass. (Original work published 1975)
- DeChenne, T.K., Moody, A. J. (1988). Boredom: Theory and therapy. *The Psychotherapy Patient*, 3, 17-29.
- Dimaggio, G., Semerari, A. (2007). *I disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Laterza, Bari.
- Eastwood, J. D., Frischen, A., Fenske, M. J., & Smilek, D. (2012). The Unengaged mind defining boredom in terms of attention. *Perspectives on Psychological Science*, 7(5), 482-495.
- Ekman, P., Friesen, W. & Hager, J.C. (1978) Palo Alto: *Consulting Psychologists*. Press; 1978. (Facial action coding system investigator’s guide).
- Fahlman, S.A., Mercer-Lynn, K.B., Flora, D.B., Eastwood, J.D. (2013). *Development and validation of the Multidimensional State Boredom Scale. Assessment*, 20 (1), 68-85.
- Farmer, R., Sundberg, N.D., (1986). Boredom proneness: The development and correlates of a new scale. *Journal of Personality Assessment* 50, 1,4-17.
- Fehr, B., Russell, J.A. (1984). Concept of emotion viewed from a Prototype Perspective. *Journal of Examination Psychology*, pp. 464-486.
- Fenichel, O. (1934). Zur Psychologie del Langeweilw. *Imago* 20, 270-281.
- Froment Mourice, M., (1985). Long est le temps, *Nouv. Rev. Psychanalyse*, n. 32, pp. 185-205.
- Goetz, T. et al (2013). Types of Boredom: An Experience Sampling Approach, Motivation and Emotion, DOI: 10.1007/s11031-013-9385-y

- Gori, A., Craparo, G., Iraci Sareri, G., Caretti, V., Giannini, M., Meringolo, P. (2014). Antisocial and Psychopathic personalities in a sample of addicted subjects: differences in psychological resources, symptoms, alexithymia and impulsivity. *Comprehensive Psychiatry* 55, 7, 1580-1586.
- Greenson, R., *La psicologia dell'apatia* (1948); *La noia* (1953); *L'entusiasmo* (1962) in *Esplorazioni psicoanalitiche* (1978); trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1984.
- Hamilton, J.A. (1981). Attention, personalità, and self-regulation of mood: absorbing interest and boredom. *Progress in Experimental Personality Research*, 10, 281-315.
- Hill, A.B., Perkins, R.E. (1985). Toward a model of Boredom. *British Journal of Psychology*. 127, 25-240.
- Iaccucci, M. (2014). *Il piacere derivante da attività rischiose e la ricerca di sensazioni*. www.stateofmind.it
- Iazzetta, P., Gagliardo, G., Lupo, M., Pascucci, T., Pratesi, D., Sabatini, D., Sacttoni, M., Gragnani, A. (2013). Relazioni tra temperamento, carattere e predisposizione alla noia nei disturbi da uso di sostanze. *Cognitivismo clinico* 10, 2, 134-148.
- Izard, C.E. (1977). *Human Emotions*. Plenum Press, New York.
- Janet, P. (1903). *Les obsession et la sychastènie*. Barth, Lipsia.
- Von Knorring, L. (1984). The biochemical basis of sensation-seeking behavior. *Behavioral and Brain Sciences* 7 (3):443.
- Kraepelin, K. (1903). Revision der Scolopendriden - *Jahrbuch der Hamburgischen Wissenschaftlichen Anstalten*, (2)20: 1-276, see p. 212.
- Lari, L., Gragnani, A., Calugi, S., Sacttoni, M. (2013). La noia nei disturbi dell'umore: esperienze cliniche e di ricerca. *Cognitivismo Clinico* 10, 1, 45-64.
- Leopardi, G. (1831-1835). *Pensieri LXVIII*. Pubblicazione postuma, 1845.
- Levorato, M.C. (2000). *Le emozioni della lettura*. Il Mulino, Bologna.
- Maggini, C., Dalle Luche, R. (1987). Per una psicopatologia della noia. Alcuni richiami storici alle relazioni tra noia e melanconia. *Rivista sperimentale di Freniatria*, 111. 1119-1139.
- Maggini, C. e Dalle Luche, R. (1991). *Il paradiso e la noia. Riflessioni metapsicologiche sulla noia morbosa*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991.
- Maggini, C. e Dalle Luche, R. (1991b), Spleen e melanconia, *Psich. Gen. Età Evo!*. n. 29, pp. 475-92.
- Maggini, C. (2000). Psychobiology of Boredom. *CNS SPECTRUM* 5, 8.
- Mann, S., Cadman, R. (2014) Does Being Bored Make Us More Creative? *Creativity Research Journal*, v26 n2 p165-173
- Mantegazza, P. (1880). *Fisiologia del dolore*. Edizione Paggi.
- Martin, M., Sadlo, G., Stew, G. (2006). The phenomenon of boredom. *Qualitative Research in Psychology* 3, 193-211.
- Mercer, K.B., Eastwood, J.D. (2010). Is boredom associated with problem gambling behaviour? It depends on what you mean by "boredom." *International Gambling Studies* 10, 91-104
- Miller, W. R., & Seligman, M. E. (1975). Depression and learned helplessness in man. *Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228-238.
- Moravia, A., *La noia*. Fabbri, Bompiani, Sonzogno, Etas, Milano, 1960.
- Moynihan AB, Van Tilburg WAP, Igou ER, Wisman A, Donnelly AE, Mulcaire JB (2015). Eaten up by boredom: consuming food to escape awareness of the bored self. *Frontiers in Psychology* 6, 369.
- Nederkoorn et al., (2016). *Self-inflicted pain out of boredom*. Psychiatry Research.
- Nett, U. E., Goetz, T., & Hall, N. C. (2011). Coping with boredom in school: An experience sampling perspective. *Contemporary Educational Psychology*, 36(1),49-59.
- Newberry, L., Duncan R.D., (2001). Roles of boredom and life goals in juvenile delinquency. *Journal of applied social psychology* 31, 3, 527-541.

- Nichols, L.A., Nicki, R. (2004). Development of a psychometrically sound internet addiction scale: A preliminary step. *Psychology of Addictive Behaviors* 18, 4, 381-384.
- Pekrun, R., Goetz, T., Daniels, L. M., Stupnisky, R. H., & Perry, R. P. (2010). Boredom in achievement settings: Exploring control-value antecedents and performance outcomes of a neglected emotion. *Journal of Educational Psychology*, 102(3),531-549.
- Pitrowski, C. (2013). Boredom Research: An Analysis of Topical Domain and Historical Trends. *Journal of Instructional Psychology* 40, 2.
- Sarte J.P., (1947), *La Nausea*, Einaudi Tascabili, Torino, 1990.
- Scherer, R., Adams, J.S., Wiebe, F.A. (1989) "Developing Entrepreneurial Behaviours: A Social Learning Theory Perspective", *Journal of Organizational Change Management*, 2, 3, pp.16-27
- Schneider, K., Rheinberg, F. (1996). *Encyclopädie der psychologie. Temperaments- und persönlichkeitsunterschiede*. Differentielle psychologie und persönlichkeitsforschung 3. Göttingen: Hogrefe.
- Schopenhauer, A. (1819). *Il mondo come volontà e rappresentazione*. Prima edizione
- Sommers, J., & Vodanovich, S. J. (2000) Boredom proneness: its relationship to psychological and physical health symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 149-155.
- SPSS, versione 16.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois)
- Stewart, J. (2017). *Non tutta la noia viene per nuocere*. The Atlantic, Stati Uniti – traduzione italiana su Internazionale, 1207, pp. 96
- Sundberg, N. D., Latkin, C. A., Farmer, R. F., & Saoud, J. (1991) Boredom in young adults: gender and cultural comparisons. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 22, 209-223
- Vodavanich, S. J., Verner, K.M. (1991). Boredom proneness: its relationship to positive and negative affect. *Psychological Reports*, 1991, 69, 1139-1146.
- Vadanovich, S., Kass, S.J. (1990). Examining the factor structure of the Boredom Proneness Scale. *Journal of Personality Assessment*, 55, 115-123.
- Wilson, R. C., Geana, A., White, J. M., Ludvig, E. A., & Cohen, J. D. (2014). Humans use directed and random exploration to solve the explore-exploit dilemma. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(6), 2074
- Wink, P., & Donahue, K. (1997) The relation between two types of narcissism and boredom. *Journal of Research in Personality*, 31, 136-140.
- Zuckerman M., (1971). Dimensions of sensation seeking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36, 45-52.
- Zuckerman M. (1979). *Sensation seeking: beyond the optimal level of arousal*. Erlbaum, Hillsdale.
- Zuckerman, M., Lubin, B. (1984) *Manual for the Multiple Affect Adjective Check List – Revised*. San Diego, C.A., Educational & Industrial Testing Service.
- Zuckerman, M. 1994. *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press.

Caterina Diani

Psicologa-Psicoterapeuta, Verona

Specializzata a Verona, training Nicolò e Rainone

e- mail: miriam.miraldi@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Terapie di coppia in ambito cognitivo-comportamentale

Elena Guazzo¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (SPC Verona)

Riassunto

Si parla di psicoterapia di coppia quando i colloqui clinici coinvolgono contemporaneamente entrambi i membri di una coppia legati da un vincolo affettivo; con questo termine Christensen (2010) intende tutti quegli approcci clinici volti a migliorare il funzionamento di due individui all'interno di una relazione. In ambito cognitivo-comportamentale, la terapia di coppia è sempre stata un campo marginale di applicazione teorica e pratica, sebbene già dagli anni '80 diversi autori abbiano trasposto e adattato i principi CBT nell'ambito delle relazioni di coppia, fornendo così ai clinici numerosi spunti e basi teoriche per comprendere e trattare tali problematiche.

Scopo di questo articolo è quello di presentare una panoramica generale degli aspetti teorici e pratici peculiari della Terapia cognitivo-comportamentale per le coppie, come teorizzati dai diversi Autori che se ne sono occupati. Inoltre vengono esposti due degli approcci terapeutici derivanti dalla CBT che applicano i principi fondamentali delle teorie di terza generazione, l'Acceptance and Commitment Therapy per le coppie e la Terapia Comportamentale Integrata di Coppia. Viene presentata anche l'Emotionally Focused Therapy per Coppie che si rifà a basi teoriche più ampie e variegata ma che condivide alcune caratteristiche di base con la CBT. Infine, viene proposto un confronto sintetico tra similitudini e differenze trasversali ai diversi approcci terapeutici presentati.

Summary

We talk about couple psychotherapy when the clinical interviews involve both members of a couple linked by an emotional bond; with this term Christensen (2010) intends all those clinical approaches aimed at improving the functioning of two individuals within a relationship. In the cognitive-behavioral field, couple therapy has always been a marginal field of theoretical and practical application, although since the 80s several authors have transposed and adapted the CBT principles in the field of couple relationships, thus providing clinicians numerous ideas and theoretical bases to understand and deal with these problems.

The aim of this article is to present a general overview of the theoretical and practical peculiar aspects of cognitive-behavioral therapy for couples, as theorized by the various authors who have dealt with them. Two of the therapeutic approaches arising from CBT are also exposed, applying the fundamental principles of third generation theories, Acceptance and Commitment Therapy for couples and Integrated Behavioral Couple Therapy. Also presented is the Emotionally Focused Therapy for Couples based on broader and more varied theoretical bases, but which shares some basic characteristics with CBT. Finally, a synthetic comparison between similitudes and differences across the different therapeutic approaches presented is proposed.

0. Introduzione

Generalmente per crisi di coppia si intende una fase in cui i partner sperimentano reciprocamente un malessere legato ad emozioni o stati d'animo negativi, come delusione, rabbia o ostilità, disgusto o altro, e i tentativi di farvi fronte non hanno successo e talvolta alimentano il problema (Dattilo, 2010). La terapia di coppia può venire in aiuto ai partner in crisi che non riescono a superare da soli le loro difficoltà relazionali; l'obiettivo ultimo di tale terapia è quello di aiutare le coppie, siano esse sposate o conviventi, etero o omosessuali, ad individuare e ad affrontare i propri conflitti oppure arrivare consapevolmente alla decisione di interrompere la relazione affettiva (Fabbro, 2015). La modificazione delle dinamiche negative e il superamento dei sentimenti di ostilità o delusione si ottengono nel corso della terapia attraverso una diversa percezione del partner, un cambiamento del comportamento personale da parte del partner, un cambiamento del partner o un misto di queste modificazioni (Lo Iacono, 2004).

Sono molti, ormai, gli studi (Northey, 2002; Psychotherapy Networker, 2007; Baucom et al., 1998) che dimostrano l'utilità e l'efficacia della CBT per le coppie nel ridurre la sofferenza relazionale.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale di coppia è un approccio clinico, generalmente di breve durata e focalizzato sulle problematiche portate dai partner, finalizzato a migliorare il funzionamento di due individui nel contesto della loro relazione (Christensen e Jacobson, 1997). È una psicoterapia attiva e collaborativa, centrata sul presente, che esamina anche la storia di vita e della relazione affettiva di coppia per comprendere le modalità di sviluppo e mantenimento dei problemi presentati (Rebecchi e Vinai, 2017). Gli interventi sono focalizzati su obiettivi terapeutici ascrivibili ai comportamenti comunicativi, alle cognizioni, alle emozioni, ai cicli interpersonali, ognuno comprendente diversi target, strategie e tecniche (Ruggiero e Sassaroli, 2013).

La terapia generalmente si articola secondo le tappe della CBT standard: assessment, formulazione del caso, restituzione, condivisione del contratto e degli obiettivi terapeutici, lavoro clinico per il raggiungimento degli obiettivi anche attraverso l'assegnazione di homework, prevenzione delle ricadute. Il percorso terapeutico si conclude idealmente quando le difficoltà lamentate all'inizio della presa in carico hanno trovato un equilibrio e una risoluzione che soddisfi entrambi i partner (Rebecchi e Vinai, 2017).

In ambito cognitivo-comportamentale, la terapia di coppia si è evoluta a partire da quella comportamentale (Behavioral Couple Therapy, BCT) dal lavoro di Stuart (1969, 1980) e di Jacobson (Jacobson e Margolin, 1979). Successivamente Baucom e Epstein (1990) sviluppano la Terapia di coppia cognitivo-comportamentale (Cognitive-Behavioral Couple Therapy, CBCT), che sottolinea i fattori emotivi e la valutazione e la modifica dei processi cognitivi attraverso la ristrutturazione cognitiva. Verso la fine degli anni '90, Christensen e Jacobson (1998) hanno sviluppato la Terapia comportamentale integrata di coppia (Integrative Behavioral Couple Therapy, IBCT), basata sulla BCT, che sottolinea il concetto di accettazione delle caratteristiche peculiari dell'altro. Per alcune caratteristiche, l'IBCT è simile all'ACT di Hayes (2004) che propone, anch'egli, un adattamento per le coppie, l'Acceptance and Commitment Therapy-C. Johnson e Greenberg (1987) teorizzano, invece, la Terapia di coppia focalizzata sulle emozioni (Emotionally Focused Therapy, EFT), che nasce dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby (1988) e che integra aspetti esperienziali, umanistici e sistemici.

1. Aspetti teorici peculiari della TCC per le coppie

1.1 Attaccamento

Lo psicoanalista J. Bowlby è stato il primo (1979, 1980, 1988) a esplorare le differenze individuali nel funzionamento del sistema di attaccamento all'interno delle relazioni sentimentali e coniugali: ha teorizzato l'esistenza di un nesso causale fra l'esperienza con i genitori e i legami affettivi che si costruiscono con il partner (Bowlby et al., 1987, 1988). Shaver, Hazan e Bradshaw (1988) hanno successivamente ipotizzato che tali legami di attaccamento siano determinanti nella vita adulta e simili ai legami neonato-caregiver. Hazan e Shaver (1987) hanno proposto che gli adulti formino relazioni di attaccamento con il proprio partner o coniuge che contribuiscono alla formazione dei modelli operativi interni, che comprendono i modelli operativi di sé e i modelli di sé-con-l'altro (Liotti, 2001), ovvero della relazione sentimentale matura. Hazan e Shaver (1987) concettualizzano l'amore romantico come un processo di attaccamento: gli stili di attaccamento sicuro, evitante e ansioso/ambivalente si manifesterebbero anche nelle relazioni amorose, mostrando continuità causale tra l'esperienza dell'individuo nell'attaccamento ai genitori e la sua esperienza nelle relazioni amorose (Stern, 1995). Questa teoria è stata ampliata da Bartholomew e Horowitz (1991), secondo i quali gli stili di attaccamento dell'adulto sono caratterizzati da processi di pensiero in linea con le credenze e gli schemi della persona. È stata individuata una correlazione positiva tra l'attaccamento nell'adulto e la soddisfazione relazionale (Mikulincer et al., 2002);

quando entrambi i partner hanno uno stile di attaccamento sicuro, riferiscono la più alta soddisfazione nelle loro relazioni sentimentali (Senchak e Leonard, 1992). Il tipo di attaccamento influenza anche l'evoluzione dell'intimità, dell'impegno e della tolleranza nelle relazioni (Mikulincer e Shaver, 2007). L'insicurezza di un soggetto dovuta a difficoltà di attaccamento nell'infanzia influenza il modo in cui egli esprime al proprio partner il rispetto, l'ammirazione e la gratitudine, e questo può avere un profondo impatto sul mantenimento di relazioni durature (Gottman, 1994).

Alcuni autori (Baldoni, 2004; Johnson, 2009) affermano che nella coppia l'attaccamento desiderabile è quello reciproco, in cui ogni partner è figura di attaccamento per l'altro e nella relazione i due partner possono muoversi empaticamente e con flessibilità fra “*il dipendente e il far dipendere*”, in modo che ognuno possa sperimentare entrambe le posizioni ricevendo e/o dando conforto e sicurezza. Liotti e Monticelli (2009) intendono la relazione di coppia come “*attaccamento tra pari*”, in quanto il legame di coppia è caratterizzato da reciprocità.

1.2 Processi cognitivi

I processi cognitivi sono la spina dorsale dell'approccio cognitivo-comportamentale alle disfunzioni relazionali (Baucom et al., 1989). Nella vita di coppia le distorsioni cognitive più frequenti sembrano essere la percezione selettiva e le false attribuzioni (Epstein e Baucom 2002; Baucom et al., 2002). Per lavorare sulle credenze patogene è necessario rendere la coppia consapevole delle distorsioni in cui cade e renderla capace di identificare le proprie modalità di pensiero (Baucom et al., 2002) attraverso il metodo ABC (Ellis, 1989). Aspettative o richieste irrealistiche, spesso apprese in relazioni passate con persone significative di riferimento, producono insoddisfazione e frustrazione, che si associano a interazioni negative, rancori, ostilità e delusioni (Beck, 1989; Ellis, 1989). Le aspettative negative rispetto alla relazione sono parte del problema relazionale e possono influenzare le interazioni con il partner e il futuro della relazione, creando una profezia che si auto avvera (Vanzetti et al., 1992). I membri della coppia spesso affermano che l'attenzione selettiva è uno dei maggiori fattori di disaccordo e di scontro nella relazione, e che può contribuire alle altre distorsioni cognitive e ad un'ulteriore disaffezione (Dattilo, 2010). I componenti di una medesima coppia spesso compiono le stesse distorsioni, soprattutto quando c'è tensione o conflitto nella relazione (Dattilo, 2010).

Quando un partner si focalizza su alcuni aspetti dell'interazione con il compagno, formula delle inferenze, denominate attribuzioni (Seligman, 1978), che fungono da spiegazione agli eventi relazionali. Abitualmente c'è la tendenza ad attribuire le proprie mancanze o errori a fattori

contestuali legati alla situazione, mentre quelle altrui a caratteristiche interne e stabili della personalità, con poche possibilità di cambiamento (Hewstone, 1989; Bradbury e Fincham, 1990; Epstein e Baucom, 2003). Gli errori di attribuzione tendono ad influenzare le capacità di problem solving, la comunicazione, e ad alimentare ulteriori scambi comportamentali negativi (Bradbury e Fincham, 1990; Miller e Bradberry, 1995). Le attribuzioni che gli individui formulano sui comportamenti degli altri spesso li portano a fare previsioni sul loro comportamento futuro; tali attribuzioni creano aspettative che prendono forma di predizioni sul probabile corso di una relazione e che tendono a radicarsi (Dattilo, 2010). Le aspettative e le attribuzioni sono generalmente integrate: i coniugi che attribuiscono i problemi della relazione più al proprio comportamento che a quello del partner o a fattori esterni, più facilmente si aspettano possibili miglioramenti nella relazione (Pretzer et al., 1991).

1.3 Comunicazione

I membri di una coppia in crisi mostrano diversi pattern comunicativi disfunzionali, che possono complicare l'espressione dei pensieri e delle emozioni (Dattilo, 2010). Scarse capacità di ascolto e ridotte abilità di problem solving sono alcuni dei fattori che causano difficoltà (Dattilo e Van Hout, 2006; Epstein e Baucom, 2002, Walsh, 1998). Nelle coppie in difficoltà si riscontrano vari tipi di comportamenti "non comunicativi" (Baucom e Epstein, 1990; Epstein e Baucom, 2002), ovvero di gesti positivi e negativi che hanno lo scopo preciso di colpire i sentimenti dell'altra persona. Si tratta generalmente di messaggi impliciti, trasmessi mediante un comportamento, che non prevedono l'espressione esplicita di pensiero o emozioni (Baucom e Epstein, 2002). Per quanto riguarda l'aspetto comunicativo, per migliorare la qualità della relazione, il terapeuta può lavorare per creare nuove abilità comunicative, verificare pensieri ed emozioni sottostanti gli scambi comunicativi, implementare gli scambi comunicativi validanti e rafforzare le comunicazioni positive (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017). Generalmente le coppie in conflitto si caratterizzano per le tipologie di non-comunicazione che utilizzano, come la critica e l'incolpare l'altro e la negazione delle proprie responsabilità (Baucom, Epstein, 1990). Gli obiettivi dell'intervento sui comportamenti comunicativi riguardano l'individuare e rendere consapevoli i partner delle loro modalità comunicative disfunzionali, il chiedere loro un'assunzione di responsabilità su ciò, e lo sviluppo di nuove modalità comportamentali funzionali (Dattilo, 2010).

1.4 Cicli interpersonali

I cicli interpersonali disfunzionali sono modalità relazionali che rinforzano la visione rigida e schematica di almeno uno e spesso di entrambi i partner (Safran e Segal, 1990). L'individuo mette in atto queste strategie per evitare di vivere stati per lui dolorosi, ma così facendo attiva nell'altro proprio i comportamenti temuti, confermando le sue credenze centrali (Dimaggio et al., 2013).

Nelle relazioni di coppia conflittuali sono rintracciabili più frequentemente tre cicli interpersonali:

- Il ciclo cosiddetto della “coppia-wrestling” prevede un continuo ingaggio in una simmetria di accuse e colpevolizzazioni che aumentano la conflittualità e la sofferenza (Johnson, 2013). È un ciclo conflittuale simmetrico che produce un'escalation di continue accuse e mantiene il risentimento e la visione distorta dell'altro. Quanto più spesso i partner si scambieranno attacchi, tanto più la loro percezione reciproca di pericolo aumenterà, insieme alla quota di emozioni negative (Rebecchi e Vinai, 2017).

- Il ciclo interpersonale disfunzionale soprannominato di “Sandra e Raimondo Vianello” prevede che un membro assuma il ruolo di chi rivendica i propri bisogni disattesi, mentre l'altro si distanzia per l'insopportabile pressione del partner. Questo ciclo può rappresentare un'evoluzione del precedente: un partner non accetta più il confronto simmetrico e tende a distaccarsi e ad isolarsi, in una posizione di ritiro (Johnson, 2008; Rebecchi e Vinai, 2017).

- Il ciclo interpersonale disfunzionale chiamato “coppia – separati in casa” è un'ulteriore fase conclusiva del processo di degenerazione progressiva della relazione affettiva. Questo ciclo è attivo quando il partner che ha inseguito smette di cercare di coinvolgere il partner ritirato, allontanandosi e interrompendo la relazione. Questo ciclo è caratterizzato dall'assenza di emozioni, sia piacevoli che dolorose (Rebecchi e Vinai, 2017).

Il percorso terapeutico guida la coppia a riconoscere il ciclo disfunzionale e la sua ripetitività, entrando in contatto con le emozioni e cominciando a condividerle maggiormente (Weeks e Treat, 1992). Il terapeuta inizialmente si pone come osservatore interessato per individuare il ciclo nella sua manifestazione comportamentale, arricchendolo successivamente di dettagli e particolari (Dattilo, 2005). Il clinico identifica il ciclo come il vero problema, che viene visto come un'entità esterna alla volontà di entrambi i partner, permettendo loro di riconoscere come ciascuno contribuisca a causare i problemi di cui soffre (Rebecchi e Vinai, 2017). Il ruolo del terapeuta diventa di osservatore partecipe, che valida le risposte emotive secondarie dei partner che emergono dal ciclo interpersonale (Weeks e Treat, 1992). Il passaggio dal ciclo guidato dalle emozioni secondarie a quello guidato dalle emozioni primarie avviene solo dopo un periodo di terapia in cui i

partner si sono allenati a riconoscere il ciclo e a parlarne in seduta (Rebecchi et al., 2017). Il ciclo interpersonale cessa quando uno dei due partner non ha più tale tendenza all'azione, e ciò avviene quando almeno uno dei due inizia un processo di autentica apertura e condivisione delle sue emozioni più dolorose rinunciando a proteggersi (Rebecchi e Vinai, 2017). L'esito desiderato è l'accrescimento delle capacità metacognitive di differenziazione e di lettura della mente del partner (Dimaggio e Semerari, 2003; Dimaggio et al., 2013). Ciò apre ad una reale comprensione e consapevolezza di sé e della dinamica della relazione: ciascun partner inizia a riconoscere le proprie ed altrui attribuzioni di significato che generano previsioni negative e quindi sofferenza (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017).

1.5 Emozioni

Le coppie generalmente intraprendono un trattamento a seguito di un intenso sconvolgimento emotivo o di una crisi (Dattilo, 2010). Le emozioni spiacevoli più frequenti nelle conflittualità di coppia sono la tristezza, l'ansia e la rabbia, spesso poco differenziate e con intensità diverse (Rebecchi e Vinai, 2017). Le emozioni negative vengono sperimentate quando una relazione soddisfacente è percepita come minacciata o quando una relazione non gratificante è vissuta come fonte di impedimento della soddisfazione dei propri bisogni. Il disprezzo, secondo Gottam (1999), e il conseguente atteggiamento di critica sono due forme di comunicazione predittive della rottura della relazione e della separazione, poiché la loro forza distruttrice riguarda l'attacco diretto al valore di sé: la quantità di disprezzo espressa nell'interazione fra partner sembra essere il miglior sintomo premonitore di divorzio (Gottam, 1999). Una volta identificate le emozioni negative in una relazione, è importante determinarne le radici e la diffusione. Le strategie difensive rispetto alle emozioni spiacevoli che vengono generalmente usate, come la fuga, l'evitamento o la rabbia, proteggono dall'aggressione ma hanno un effetto nocivo sulla relazione (Rebecchi e Vinai, 2017).

Il lavoro sulle emozioni si basa sul mettere a contatto la persona con le proprie emozioni, per riconoscerle, collegarle alle esperienze interne ed esterne e gestirle nella relazione di coppia (Rebecchi e Vinai, 2017). Per fare ciò possono essere impiegate diverse tecniche tipiche della CBT, come l'identificazione delle emozioni, la normalizzazione, la validazione, la ristrutturazione cognitiva, il problem solving e tecniche di riduzione dello stress (Dattilo, 2010; Weeks e Treat, 1992).

Nel corso di una terapia di coppia, pertanto, è importante facilitare l'espressione delle emozioni, aiutando le persone a entrare in contatto con i propri sentimenti e a manifestarli in modo appropriato (Napier, 1990). L'intensità di una seduta terapeutica si può perdere se la coppia e/o il terapeuta non

permettono ai problemi e alle vere cause di disagio di emergere. Troppa intensità durante una seduta, al contrario, può essere distruttiva e controproducente (Weeks e Treat, 1992). Il terapeuta deve essere in grado di far cessare le interazioni negative. La regola generale che viene proposta dagli autori suggerisce che quanto più una coppia è distruttiva, tanto più il terapeuta dovrà essere centrale nel processo (Weeks e Treat, 1992). Il terapeuta, ad esempio, può prevenire l'espressione dell'aggressività e di giudizi attraverso interventi diretti e rapidi durante un'escalation di rabbia e di ostilità tra i membri di una coppia (Dattilo, 2010).

Un aspetto centrale dell'approccio cognitivo comportamentale consiste nell'osservare il modo in cui i singoli partner si comportano in risposta agli scambi emotivi negativi (Dattilo, 2010): il conflitto è un elemento inevitabile in qualunque relazione e praticamente tutte le coppie che arrivano in terapia si trovano in uno stato conflittuale. Il terapeuta può avviare il cambiamento di questa dinamica suggerendo che il conflitto può rappresentare una forza costruttiva nel rapporto di coppia (Rebecchi e Vinai, 2017). Il conflitto e la rabbia sono strettamente collegati e il clinico, prima di iniziare il lavoro comportamentale, dovrebbe dedicare del tempo all'esplorazione degli atteggiamenti, credenze, pensieri ed emozioni collegati (Weeks e Treat, 1992). Uno dei compiti della terapia consiste nell'aiutare i partner a comprendere il significato e la funzione della rabbia e del conflitto nella loro relazione (Dattilo, 2010).

2. Aspetti pratici della TCC per le coppie

2.1 Assessment e setting

Gli ambiti di valutazione comprendono i due individui, la loro relazione e l'interazione con l'ambiente (Rebecchi et al., 2017). L'assessment generalmente consiste in due o tre incontri congiunti, seguiti da alcune sedute individuali e da un incontro congiunto di restituzione (Dattilo, 2010). Il terapeuta presta attenzione a come avviene la richiesta di intraprendere la terapia e le modalità di contatto, a chi parla per primo in seduta, a come viene esposto il problema e al livello di motivazione di entrambi i partner (Rebecchi e Vinai, 2017; Dattilo, 2010). In fase di assessment, il terapeuta raccoglie le informazioni anamnestiche di base, indaga la storia personale e della relazione, la presenza di relazioni precedenti, di figli, il legame con la famiglia di origine, le aree di funzionamento di coppia coinvolte nel problema presentato e le risorse personali, familiari e sociali (Weeks e Treat, 1992; Dattilo, 2010). Nelle sedute congiunte, il terapeuta indaga le credenze sulla relazione e sul partner, individuando alcune situazioni conflittuali recenti, impostando la seduta con il metodo ABC (Ellis, 1962). Il clinico integra le informazioni ottenute nei primi colloqui e

stabilisce la strategia di intervento clinico, la gerarchia degli interventi, le tecniche e il timing più appropriato, valutando la relazione di coppia e gli eventuali ostacoli alla terapia e all'alleanza terapeutica (Rebecchi e Vinai, 2017).

Le modalità principali di assessment clinico sono i colloqui individuali e congiunti, i questionari self report e l'osservazione comportamentale delle interazioni di coppia (Epstein e Baucom, 2002; Snyder et al., 1995; Dattilo e Padesky, 1990).

I colloqui individuali con ciascun membro della coppia sono spesso condotti, dopo la seduta iniziale congiunta, per raccogliere informazioni sul funzionamento passato ed attuale dell'individuo. Il terapeuta fornisce al paziente specifiche indicazioni sulla riservatezza riguardo a ciò che emerge nei colloqui individuali (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017). I colloqui congiunti rappresentano un'importante fonte di informazioni sul funzionamento passato e presente della coppia e permettono al terapeuta di osservare direttamente le interazioni (Weeks e Treat, 1992). Il terapeuta chiede a ciascun partner quali siano le ragioni alla base della propria richiesta di aiuto, si informa sulla storia familiare e su qualunque evento che possa aver avuto un impatto sulla coppia nel corso degli anni. Inoltre esplora sistematicamente gli stressor a cui la coppia è stata sottoposta, il contesto in cui è inserita e le risorse di cui dispone (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017).

2.2 Test, questionari e genogramma

Sono numerosi i test e i questionari a disposizione del terapeuta cognitivo comportamentale che si occupi di coppie; tali strumenti possono essere suddivisi per aree di indagine. Per valutare la soddisfazione di coppia sono disponibili:

- “Marital Satisfaction Inventory – Revised” MSI-R (Snyder e Aikman, 1999),
- “Dyadic Adjustment Scale” DAS (Spanier, 1976),
- “The Experiences in Close Relationships” ECR (Brennan et al., 1998).

Per valutare le credenze e i pensieri automatici:

- “Naive Ideas Survey” NIS (Scarinci e Romano, 2008),
- “Relationship Belief Inventory” RBI (Eidelson e Epstein, 1982),
- “Inventory of Specific Relationship Standards” ISRS (Baucom et al., 1996),

Esistono alcuni questionari self report che forniscono informazioni sugli specifici tipi di comportamento che i partner riscontrano nella loro relazione:

- “Communication Patterns Questionnaire” CPQ (Christensen, 1988),
- “Conflict Tactics Scale – revised” CTS 2 (Straus et al., 1996),

- “Frequency and Acceptability of Partner Behaviour Inventory” (Christensen e Jacobson, 1997),
- “Multidimensional Measure of Emotional Abuse” MMEA (Murphy e Hoover, 1999),
- “Index of Sexual Satisfaction” ISS (Hudson et al., 2000).

Inoltre è di estrema importanza, nella fase iniziale del trattamento, che il terapeuta determini se uno o entrambi i membri della coppia siano affetti o meno da una psicopatologia importante (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017). A causa dei limiti dei questionari self report, è estremamente importante, per il terapeuta, osservare in prima persona le interazioni che avvengono tra i componenti di una coppia. Le osservazioni dirette e particolareggiate del loro comportamento sono decisive ai fini della comprensione delle dinamiche relazionali. L’obiettivo di un’osservazione comportamentale sistematica è quello di identificare le azioni costruttive e collaborative e quelle distruttive ed oppositive che avvengono all’interno di una coppia (Dattilo, 2010).

Il genogramma del sistema familiare (Bowen, 1979) è sempre stato utilizzato dai terapeuti di coppia e di famiglia per raccogliere informazioni sulla storia di una persona e sulla sua famiglia di origine. È uno strumento che permette di individuare i modelli relazionali all’interno di una famiglia e può essere usato come strumento valutativo e di intervento durante tutto l’arco del percorso terapeutico (Rebecchi e Vinai, 2017). È stato ideato da Bowen nel 1979 nell’ambito della terapia sistemico-familiare e riproduce un albero genealogico dove viene rappresentata graficamente la struttura della famiglia e le informazioni relative ad essa. Oltre alla descrizione dei legami parentali, si aggiungono elementi relazionali, emotivi e affettivi (Bowen, 1979).

La prospettiva intergenerazionale (Bowen, 1979) permette di comprendere la connessione con la propria storia personale e con la relazione di coppia attuale. A livello verticale o intergenerazionale, il genogramma evidenzia le relazioni di attaccamento/accudimento, le tematiche familiari e le regole di famiglia. Invece a livello orizzontale, quindi intragenerazionale, possono emergere dinamiche agonistiche o cooperative (Chiappelli e Boldrini, 2017). In terapia di coppia è particolarmente utile unire i genogrammi dei due partner collegando le due famiglie di origine e ampliando, così, la prospettiva di osservazione (Rebecchi e Vinai, 2017).

2.3 Relazione terapeutica

Nella terapia di coppia, la relazione terapeutica risulta più complessa rispetto ad una terapia individuale (Rebecchi e Vinai, 2017), poiché la presenza di tre persone attiva inevitabilmente delle triangolazioni che il terapeuta dovrà riconoscere e padroneggiare. La relazione terapeutica si basa su un ascolto attivo, in un clima collaborativo e validante, ma nelle prime sedute il terapeuta ha,

generalmente, un ruolo più dinamico e direttivo nella conduzione dei colloqui per gestire la tensione e prevenire lo scoppio di conflitti accesi (Nigro et al., 2017). È importante che il terapeuta garantisca ad entrambi i membri della coppia la giusta alternanza nel dialogo e lo stesso spazio per parlare (Dattilo, 2010). Spesso può essere utile, fin dalle prime fasi della terapia, un intervento del terapeuta che espliciti la sua posizione neutrale e il suo obiettivo di parificazione, mostrando alla coppia la co-responsabilità di entrambi nella costruzione e nel mantenimento della crisi in atto (Nigro et al. 2017). Il terapeuta fornisce alla coppia una lettura circolare delle interazioni negative, escludendo l'identificazione di una vittima e di un colpevole (Dattilo, 2010).

I problemi relativi all'equità e all'obiettività del terapeuta appaiono fondamentali, specialmente quando un partner ritiene che il terapeuta sia alleato con uno dei due e non con entrambi (Dattilo, 2010). Fondamentale per tale fine è anche la sistemazione della stanza e le posizioni nello spazio della coppia e del terapeuta; i segnali non verbali, come sguardi e vicinanza fisica, possono essere molto indicativi e vanno osservati da parte del terapeuta (Minuchin e Fishman, 1981). È consigliabile posizionare le sedie o le poltrone un modo che ognuno possa guardare negli occhi gli altri due interlocutori, come i lati di un triangolo (Weeks e Treat, 1992).

In terapia di coppia si ha una buona alleanza terapeutica quando il clinico è alleato con la coppia nella sua unità e, contemporaneamente, riesce a costruire un contatto individuale con entrambi i partner (Rebecchi e Vinai, 2017). Normalmente le sedute hanno cadenza quindicinale o anche mensile, con sedute che possono raggiungere le due ore, per garantire alla coppia il tempo sufficiente per assimilare quanto emerso durante il colloquio e per iniziare ad attuare dei cambiamenti (Rebecchi e Vinai, 2017).

2.4 Tecniche cognitive

In terapia di coppia il modello ABC (Ellis, 1962) permette di portare i partner a comprendere i reciproci meccanismi cognitivi ed emotivi nella valutazione degli eventi (Dattilo, 2010). Attraverso l'ABC, il terapeuta di coppia può identificare i circoli viziosi comunicativi e relazionali in cui i comportamenti dell'uno, valutati negativamente dall'altro membro della coppia, si rinforzano reciprocamente, in una spirale di attribuzione reciproca di responsabilità. Per mezzo di strumenti di automonitoraggio, il terapeuta può dimostrare ai membri di una coppia come i loro pensieri automatici influenzino le loro risposte emotive e comportamentali (Rebecchi e Vinai 2017). Il terapeuta, in seguito, chiede a ciascuno di prendere in considerazione pensieri alternativi che possano produrre risposte emotive e comportamentali differenti (Dattilo, 2010). Una volta identificate con la coppia le distorsioni cognitive, si prosegue con la messa in discussione di tali

credenze, attraverso tecniche come la psicoeducazione, il dialogo socratico, il laddering e la visualizzazione dello scenario temuto, secondo un principio di empirismo collaborativo (Beck, 1995; Walen et al., 1992; Kelly, 1955; Leahy, 1996).

2.5 Tecniche comportamentali

Una delle più comuni modalità di intervento consiste nel migliorare la capacità dei partner di esprimere pensieri ed emozioni e di ascoltarsi reciprocamente (Dattilo, 2010; Rebecchi et al., 2017). La capacità di comunicazione è uno degli elementi più importanti per il buon andamento di una relazione e la qualità della comunicazione tra i partner può predire il divorzio o, viceversa, la soddisfazione coniugale (McKay et al., 2006; Gottam, 1994). I training di comunicazione prevedono che il terapeuta aiuti i membri di una coppia a passare da una comunicazione lineare ad una circolare e da una comunicazione orientata al contenuto ad una orientata al processo (Dattilo, 2010). La capacità di ascolto e l'abilità di manifestare comprensione ed empatia sono essenziali, specialmente perché favoriscono la validazione emozionale. Insegnare ai pazienti ad ascoltare ed esprimere empatia a volte richiede un addestramento e dimostrazioni pratiche (Dattilo, 2010). La validazione è estremamente importante nelle relazioni, in quanto può far sì che i membri di una coppia, anziché sentirsi isolati o distaccati, avvertano un senso di sicurezza reciproco (Dattilo, 2010; Rebecchi et al., 2017). Inoltre rappresenta un'ottima modalità di risposta ad un partner emotivamente turbato ed è un ottimo strumento di mediazione. Pertanto è importante che il lavoro con le coppie includa esercizi di validazione e che il terapeuta addestri i partner ad essere consapevoli del bisogno di essere validati e a saper usare questa tecnica nel momento opportuno (Dattilo, 2010; Rebecchi e Vinai, 2017).

Gli accordi comportamentali sono una parte integrante della CBT (Dattilo, 2010). L'obiettivo di tali accordi è che ciascuno identifichi ed attui uno specifico comportamento che comporti un miglioramento personale, indipendentemente dalle azioni del partner. Il terapeuta, pertanto, deve incoraggiare entrambi i partner a farsi avanti, senza aspettare che sia l'altro a comportarsi in modo positivo per primo (Weeks e Treat, 1992). Queste strategie sono spesso utili nelle fasi iniziali della terapia di coppia, quando i partner sono bloccati nelle loro posizioni (Dattilo, 2010).

Il training di assertività viene spesso usato in terapia di coppia quale forma di addestramento alle competenze sociali (Dattilo, 2010). Il terapeuta può utilizzare il role playing durante le sedute, invitare i pazienti a seguire programmi di addestramento assertivo e assegnare loro homework con tale fine. Quando si propongono training assertivi, è necessario considerare i diversi background culturali dei partner, specialmente nel caso in cui abbiano diverse origini (Dattilo, 2010).

Watzlawick e colleghi (1967) hanno consigliato l'uso delle tecniche e degli interventi paradossali nella terapia di coppia come "prescrizioni del sintomo". L'intenzione paradossale pone la coppia in una situazione di doppio legame in cui non vi è una scelta reale; il fine è quello di estinguere il sintomo o il comportamento problematico.

Talvolta appare necessario insegnare ai membri di una coppia a ridurre la tensione in situazioni potenzialmente imprevedibili (Weeks e Treat, 1992). A tal fine si possono utilizzare tecniche di respirazione profonda, esercizi di ristrutturazione per immunizzarsi da futuri eccessi d'ira e le procedure di time out (Dattilo, 2010).

Jacobson e Margolin (1979) sottolineano l'importanza dell'inversione di ruolo, ovvero una tecnica di role_playing spesso utilizzata per spingere i partner a vedere la prospettiva dell'altro. Assieme al terapeuta, i pazienti possono così riuscire a cogliere le errate interpretazioni dei reciproci comportamenti (Epstein e Baucom, 2002).

2.6 Homework

Gli homework costituiscono un aspetto fondamentale dell'approccio cognitivo comportamentale e sono considerati come uno degli agenti più potenti di cambiamento anche in terapia di coppia (Kazantzis et al., 2000; Kazantzis et al., 2013; Lo Iacono, 2004).

La biblioterapia è importante perché aiuta a ribadire gli argomenti trattati durante le sedute e mantiene i pazienti attivi tra una seduta e l'altra (Dattilo, 2010). Audioregistrare e videoregistrare le conversazioni e i comportamenti non verbali che avvengono al di fuori delle sedute offre al terapeuta e ai partner un resoconto delle interazioni che si verificano nell'ambiente naturale. Questo homework fornisce l'opportunità di esaminare tali interazioni da una prospettiva nuova e di analizzarne i contenuti in seduta (Dattilo, 2010).

L'utilizzo della programmazione delle attività è estremamente importante per le coppie; l'obiettivo, in questo caso, è quello di verificare se sussistano eventuali disfunzioni, nonché di apprendere nuovi comportamenti (Lo Iacono, 2004). I diari e gli esercizi di automonitoraggio forniscono al terapeuta informazioni precise sulle aree nelle quali i membri di una coppia incontrano difficoltà e permettono ai partner di registrare in modo preciso, eventi, pensieri, emozioni e comportamenti (Lo Iacono, 2004; Dattilo, 2010).

I compiti comportamentali, come l'adozione di comportamenti piacevoli, le esercitazioni comportamentali, gli esercizi di assertività o gli scambi di ruolo, sono più efficaci quando i membri di una coppia sono coinvolti nella loro ideazione e programmazione (Dattilo, 2010).

2.7 Prevenzione delle ricadute e conclusione della terapia

L'ultima fase della terapia è dedicata alla prevenzione delle ricadute e si realizza in alcune sedute rivolte al consolidamento del cambiamento alla luce della nuova consapevolezza dei punti di forza e di debolezza della relazione (Rebecchi et al., 2017). Il terapeuta, ripercorrendo insieme ai partner la terapia effettuata, allena la coppia a riconoscere il proprio funzionamento e ad identificare i trigger che portano all'attivazione dei cicli relazionali legati a temi dolorosi e a programmare possibili strategie per risolverli (Rebecchi et al., 2017). Il programma per gestire le ricadute va scritto e rivisto caso per caso, in modo da considerare i pattern disfunzionali caratteristici di ogni specifica relazione (Weeks e Treat, 1992). Gli interventi da utilizzare per prevenire le ricadute vengono discussi in anticipo e simulati, in questo modo la coppia sarà preparata ad affrontare in modo efficace un eventuale peggioramento della situazione (Dattilo, 2010).

La coppia, in seguito alla terapia, può giungere anche alla decisione di interrompere la relazione e di separarsi; in questo caso il terapeuta deve accompagnare i partner in un processo di elaborazione della perdita rispetto ad una relazione che non ha realizzato le attese sperate (Rebecchi e Vinai, 2017; Dattilo, 2010).

2.8 Blocchi, ostacoli, resistenze

Uno degli ostacoli più frequenti in terapia di coppia è quello relativo alle questioni culturali; molte tradizioni possono essere profondamente radicate nella coppia e possono essere percepite da chi non le conosce come una deliberata resistenza al cambiamento (Weeks e Treat, 1992; Dattilo, 2010). La psicopatologia individuale è uno dei principali ostacoli che si incontrano nella terapia di coppia (Weeks e Treat, 1992; Dattilo, 2010). I disturbi di asse II e l'abuso di alcool o droghe possono causare difficoltà nel corso del trattamento, soprattutto a causa della resistenza ad affrontare una terapia individuale. Spesso, nei soggetti che richiedono un trattamento, il ricordo di eventi relazionali negativi annulla il potere dei comportamenti positivi che vengono messi in atto nel presente, fenomeno definito da Weiss (1980) "*sentiment override*". Tali ricordi devono, quindi, essere affrontati in terapia e i partner devono utilizzare tecniche apposite per neutralizzare l'effetto sul presente (Dattilo, 2010). È importante, inoltre, che il terapeuta prenda in considerazione la possibilità che i partner abbiano iniziato la terapia per motivi differenti. Pertanto è necessario analizzare quello che ciascuno spera di ottenere dal trattamento; le divergenze sulle priorità della terapia possono essere indicative delle difficoltà che la coppia sperimenta nell'intera relazione (Rebecchi e Vinai, 2017). Nel caso in cui un partner voglia continuare la relazione mentre l'altro la

voglia interrompere, il terapeuta dovrebbe aiutare la coppia a ridefinire gli scopi terapeutici. È fondamentale, poi, che i partner abbiano l'obiettivo comune di trovare un modo per relazionarsi in modo costruttivo (Dattilo, 2010).

2.9 Indicazioni e limiti della CBT

Come qualsiasi altra modalità di trattamento, il modello CBT presenta controindicazioni e limiti (Dattilo, 2010). Innanzitutto perché la terapia sia efficace, è fondamentale che il terapeuta abbia una buona formazione e che sia capace di applicare i principi fondamentali della CBT per coppie (Dattilo, 2010); inoltre è importante che gli interventi, affinché si rivelino efficaci, vengano utilizzati in un background sistemico, in quanto i membri di una coppia si influenzano simultaneamente e vengono influenzati da pensieri, emozioni e comportamenti reciproci (Dattilo, 2001; Leslie, 1998). L'approccio cognitivo comportamentale, a volte, presenta dei limiti nel trattamento di pazienti con culture diverse: alcuni di essi, infatti, possono essere restii a mettere in discussione i propri valori fondamentali. In generale, più il terapeuta CBT sarà flessibile, più sarà probabile che la terapia possa essere efficace (Dattilo, 2010).

La terapia di coppia cognitivo-comportamentale è indicata quando:

- entrambi i partner hanno la consapevolezza di avere un problema di natura relazionale,
- la richiesta e la motivazione nascono da entrambi,
- condividono gli scopi da raggiungere come coppia (Rebecchi e Vinai, 2017).

La terapia è controindicata, invece, quando:

- uno o entrambi i membri della coppia hanno una psicopatologia preponderante,
- c'è un'elevata conflittualità con una richiesta strumentale di intraprendere il percorso,
- emerge la presenza di violenza, indipendentemente dalla sua natura,
- c'è un'infedeltà coniugale non dichiarata (Rebecchi et al., 2017).

3. Acceptance and Commitment Therapy per Coppie – ACT-C

I principi fondamentali dell'ACT possono essere facilmente applicati ai problemi relazionali e di coppia con grande efficacia (Harris, 2009). Harris (2009) sottolinea come tipicamente le coppie giungano in terapia chiedendo che il compagno cambi, mentre l'ACT suggerisce che ogni partner si focalizzi su di sé, per potenziare il proprio empowerment e il senso di realizzazione personale. L'accettazione, in quest'ottica, è intesa come l'interruzione della richiesta di cambiamento dell'altro e l'accoglimento delle differenze come uno strumento di sviluppo della vicinanza emotiva (Hayes, 2004). Il terapeuta ACT pone alla coppia diversi obiettivi (Hayes, 2004): smettere di agire in modi

che peggiorano la situazione, individuare i valori personali di ogni partner e agire secondo di essi, gestire efficacemente i sentimenti dolorosi e i pensieri stressanti e fonte di preoccupazioni. Secondo l'ACT, una coppia può imparare a usare metodi e strategie alternativi per affrontare i conflitti e le situazioni problematiche, potenziando l'accettazione e la consapevolezza attraverso la defusione e la pratica di mindfulness (Christensen, 2015).

In una prospettiva ACT, può essere più utile pensare all'amore non come ad un sentimento, ma come ad un'azione: il fatto che si possa agire con amore (la componente dell'impegno, ovvero il *commitment* al centro della prospettiva ACT) anche quando non lo si prova conferisce un senso di empowerment, perché si possono intraprendere azioni di amore sempre e ovunque per tutta la vita e tale principio si può applicare a tutti i sentimenti umani (Harris, 2008; 2009).

L'ACT propone di contrastare l'evitamento delle emozioni e delle situazioni spiacevoli con l'accettazione dell'esperienza, l'accoglimento non giudicante di ciò che i partner vivono interiormente, senza tentativi di controllo né di spiegazione (Dattilo, 2010). Nel lavoro con le coppie, l'accettazione è vista come processo psicologico rivolto agli eventi interni all'individuo, ma anche agli eventi relazionali che avvengono tra i partner, i membri della famiglia o altre persone coinvolte (Dattilo, 2010). L'accettazione consiste anche nel rapportarsi positivamente al disagio presente nella propria relazione; accettare il disagio significa vivere in linea con i propri valori e raggiungere con più probabilità i propri scopi (Hayes et al., 1999). L'accettazione richiede, pertanto, consapevolezza dei valori.

È molto raro che le coppie abbiano valori contraddittori, più comunemente entrambi i partner hanno gli stessi valori ma regole diverse su come agire in base ad essi. Rendere consapevoli i partner di condividere gli stessi valori crea un terreno comune, un punto di incontro e di unione (Harris, 2008). Il terapeuta può chiedere, perciò, ad ogni partner di riflettere attentamente su quali siano i propri valori personali e di coppia, su che tipo di partner desidera essere e su come desidera comportarsi nella relazione (Harris, 2009).

Sebbene non esistano valori giusti o sbagliati, ce ne sono alcuni, però, che sembrano essenziali per una relazione piena e significativa, ovvero i tre valori di base che sono il fondamento di qualunque relazione d'amore: connessione, prendersi cura e collaborazione. Questi tre valori sono i pilastri dell'amore, pertanto una carenza significativa del dare valore in queste aree può mettere a rischio la relazione (Harris, 2008).

Il terapeuta ACT porta, inoltre, ogni partner a riflettere sul divario tra l'immagine del partner perfetto che ognuno sogna di poter essere, e la realtà delle cose. Generalmente a tale divario

seguono delle giustificazioni che spesso fanno ricadere la colpa o la responsabilità all'altro partner (Epstein e Baucom, 2002). Tali giustificazioni vengono, però, viste in ottica ACT come una sorta di “*smog psicologico*” che ostacola il dare valore (Hayes, 2004). È fondamentale, pertanto, che il terapeuta ACT porti i membri di una coppia ad accettare che il partner sia diverso rispetto a sé, e che può avere atteggiamenti e abitudini diversi dai propri. Il terapeuta ACT introduce anche esercizi e tecniche di mindfulness, in particolar modo gli esercizi basati sulla respirazione (Hayes, 2003; Hayes et al., 2005).

Quando i partner provano sentimenti dolorosi, di solito entrano in una delle due modalità tipiche di risposta (Harris, 2008; 2009):

- Modalità “*evitamento*”: un partner cerca di fare qualsiasi cosa per evitare o sbarazzarsi dei sentimenti indesiderati, come ad esempio distrarsi, scegliere di non partecipare, usare particolari strategie di pensiero o abusare di sostanze o cibo.

- Modalità “*pilota automatico*”: quando emergono sentimenti forti viene permesso loro di sopraffare la persona; in questo modo si diventa il “*partner reattivo*”, che agisce senza riflettere o impulsivamente, con poca consapevolezza di quello che sta accadendo (Harris, 2009).

Le modalità alternative, più funzionali e salutari, sono due (Harris, 2004):

- Nella modalità dell'accettazione, i partner imparano come aprirsi e fare spazio alle emozioni, in modo tale che queste possano andare e venire, senza che siano di ostacolo.

- La modalità della consapevolezza è auto-esplicativa: i partner sono pienamente coscienti dei propri sentimenti e delle proprie azioni, ovvero possono essere “*impegnati attivamente*” (Harris, 2004), entrando in contatto pieno e consapevole con quello che sta accadendo loro nel momento presente.

Nel tempo, con la pratica ripetuta, la coppia sarà in grado di applicare questi principi anche durante una discussione (Harris, 2006).

Il terapeuta ACT può insegnare alla coppia come affrontare un litigio leale, innanzitutto evidenziando come, per poter risolvere un problema in modo che migliori la relazione, bisogna aprirsi, deporre le armi e mostrarsi e sentirsi vulnerabili (Hayes et al., 2005). I partner dovrebbero, così, focalizzarsi su ciò che è sotto il loro controllo in una discussione, ovvero quello che dicono, quando lo dicono e come lo dicono. Per prima cosa il terapeuta li invita a riflettere su ciò che vogliono ottenere e poi suggerisce loro di rivolgersi al coniuge come ad un amico, chiedendo con calore ed educazione ciò che vogliono ed esprimendo gratitudine quando ricevono quanto desiderato, invece che darlo per scontato (Harris, 2006). Ogni coppia, pertanto, deve trovare un

equilibrio di strategie e modalità comunicative che funzioni per loro, basato sui rispettivi valori (Harris, 2009). Secondo Gottam (Gottam e Silver, 1999), uno dei fattori chiave per rendere una relazione prosperosa è l'abilità di mandare e ricevere spesso i cosiddetti "tentativi di riparazione", ovvero ogni parola, gesto o azione destinato a riparare la relazione.

L'apprezzamento è al centro della mindfulness: quando si agisce in base al pilota automatico non si nota ciò che si ha, mentre quando si porta la consapevolezza al momento presente con un atteggiamento di apertura e curiosità, si riesce a notare e ad apprezzare quanto si ha intorno (Hayes e Wilson, 1994). Se si usa la mindfulness per coltivare l'apprezzamento per il partner, ne beneficeranno entrambi i coniugi (Hayes, 2003). Più si notano i numerosi modi in cui il partner contribuisce alla propria vita, più ci si sentirà soddisfatti nella relazione. E più il partner si sente apprezzato, più è probabile che si relazionerà con calore e gentilezza (Hayes, 2002). Il modo più efficace per modificare un comportamento è dare cinque volte più ricompense, o apprezzamenti ed elogi, rispetto alle punizioni, o alle critiche (Harris, 2008).

L'antidoto al risentimento, causato dal rivivere emozioni dolorose del passato, in prospettiva ACT, è il perdono, inteso come "*restituire ciò che c'era prima*" (*forgiveness: give before*). In caso di inganni o tradimenti, il terapeuta può lavorare per portare la coppia a decidere se è disposta ad accettare i sentimenti dolorosi per permettere che la relazione sopravviva e prosperi (Harris, 2006). Si deve, quindi, procedere alla costruzione della fiducia consapevole, che implica guardare il partner con occhi aperti, valutare ciò che dice e fa e dare fiducia solo se è stata guadagnata. Si dovrà trovare un equilibrio salutare tra azioni di autoprotezione e azioni di fiducia (Harris, 2009).

4. Terapia Comportamentale Integrata di Coppia - TCIC

La Terapia Comportamentale Integrata di Coppia (TCIC) (Jacobson e Christensen, 1998) nasce dall'unione della Terapia Comportamentale Standard di Coppia (TCSC) (Baucom e Epstein, 1990) e degli approcci di terza generazione, per aiutare le coppie bloccate in situazioni cronicizzate.

A differenza della TCC standard, la TCIC introduce delle novità, come il focus sui pattern di comportamento disfunzionali, prestando attenzione ai pensieri, alle emozioni e ai comportamenti di ogni partner; l'importanza dell'accettazione reciproca delle differenze individuali; la centralità del raggiungimento di una nuova prospettiva sulle differenze inconciliabili tra i partner (Christensen, 2015). Tale terapia integra le strategie per l'accettazione con quelle per il cambiamento (Rebecchi e Vinai, 2017).

Secondo la TCIC, l'origine di problemi di coppia risiede nelle differenze inaccettabili tra partner e nelle relative vulnerabilità (Lebow, 2005): la sofferenza dei partner è causata dal modo distruttivo

che hanno di affrontare le inevitabili incompatibilità. Se i tentativi di cambiare il partner falliscono, la coppia tende ad aumentare il ricorso a comportamenti e strategie negative (Rebecchi e Vinai, 2017).

La TCIC si sposta da un atteggiamento basato sui tentativi di spingere l'altro a cambiare, verso un'ottica di cambiamento per entrambi i partner, basato sull'accettazione globale dell'altro (Christensen et al., 1995). Con l'accettazione aumenta la tolleranza reciproca, la serenità, il rilassamento e cala la tensione (Rebecchi e Vinai, 2017). La comprensione e la compassione per il partner possono portare all'accettazione dei suoi sentimenti e comportamenti, bloccando così il circolo vizioso delle accuse, dell'evitamento e dei conflitti (Hayes, 2002). Un altro aiuto importante deriva dalla defusione, ovvero la capacità di distanziarsi dai propri pensieri, dalle emozioni e dalle situazioni, per diventarne consapevoli (Hayes, 2002).

L'enfasi sulla responsabilità personale al cambiamento è un altro passo fondamentale della TCIC, che sottolinea come il miglioramento delle situazioni di vita dipenda da ogni persona, e quindi da entrambi i partner, grazie all'impegno e alla fatica (Christensen et al., 2014).

Differenze individuali e vulnerabilità. Le differenze tra i partner possono essere motivo di attrazione e motivo di scontro e conflitto: i membri di una coppia, in quanto essere umani unici, sono necessariamente diversi sotto molti aspetti e le varie qualità dei partner spesso hanno dei lati positivi, che attraggono e che vengono apprezzate, e dei lati negativi, che creano insofferenza o fastidio (Jacobson e Christensen, 1996). La gestione dell'intensità emotiva in momenti di stress evidenzia le differenze individuali nelle risposte di coping e mette in luce le vulnerabilità emotive dei partner. Uno stressor interno alla relazione ha, di conseguenza, ancora più potere di creare difficoltà e occasione di scontro (Sevier et al., 2008).

Conflitti e Analisi DEEP. Il contenuto del conflitto, ovvero il problema iniziale, è diverso dal processo del conflitto, ovvero da come le coppie affrontano il problema primario (Christensen, 2015). Il problema iniziale, le differenze individuali, le vulnerabilità emotive e le risposte emotive e comportamentali dei partner sono il contenuto dell'interazione conflittuale. Il processo del conflitto, invece, è la modalità relazionale con cui la coppia tenta di risolvere i dissidi. Una delle maggiori cause dei problemi relazionali è il tentativo reiterato di risolvere i conflitti utilizzando sempre le stesse modalità e strategie. Ciò è complicato dal fatto che in una relazione le discussioni attuali sono influenzate da quelle passate e può diventare difficile individuare l'inizio e la fine di una controversia quando è ripetitiva e parte di un circolo vizioso comunicativo (Jacobson e Christensen, 1998).

Un altro aspetto da tener presente è che molto spesso le emozioni che vengono espresse nelle situazioni di crisi sono quelle più superficiali, che vengono reputate più accettabili per non far accedere l'altro alla propria intimità, ma tali emozioni possono fuorviare dal reale motivo che ha indotto il litigio. Riconoscere e condividere le proprie emozioni nascoste è sicuramente un primo passo per comprendere la reale natura del conflitto (Christensen et al., 2014).

Christensen, Doss e Jacobson (2014) propongono una tecnica per osservare e analizzare il conflitto in modo accurato: l'analisi DEEP. L'acronimo indica le varie componenti che devono essere valutate dal clinico insieme alla coppia:

- Differenze individuali, ovvero le differenze esistenti tra i partner determinate dal passato di ciascuno;
- vulnerabilità Emotive, ovvero le aree di fragilità individuali;
- circostanze Esterne, ovvero i fattori esterni stressanti;
- Pattern comunicativi disfunzionali, ovvero i circoli comunicativi viziosi che si instaurano durante i conflitti.

Tale analisi permette di avere un quadro accurato dei singoli partner, della loro storia relazionale e dei conflitti. Una volta effettuata questa analisi, il terapeuta può procedere con il lavoro clinico per portare la coppia verso l'accettazione e il cambiamento (Christensen et al., 2014).

Accettazione e cambiamento. La TCIC prevede l'applicazione di tecniche di accettazione e cambiamento (Hayes, 2004). Per accettazione Christensen (2015) intende la capacità di tollerare un comportamento sgradito, comprendendone il significato profondo, collocandolo in un contesto più ampio formato dalle differenze individuali e dalle molteplici peculiarità che caratterizzano i membri di una coppia e cercando di apprezzarne il valore o l'importanza per la relazione (Christensen et al., 2014).

Generalmente il conflitto inizia quando un membro della coppia, definito l'agente, mette in atto dei comportamenti indesiderati o fa qualcosa non gradito all'altro membro, il destinatario. Quando l'agente mette in atto le azioni sgradite con minor frequenza o intensità si ha il cambiamento. L'accettazione, invece, si ottiene quando la reazione del destinatario ai comportamenti sgraditi è meno intensa, c'è maggior tolleranza e visione più positiva dell'altro. I ruoli di agente e destinatario non sono fissi, ma si avvicendano durante un conflitto (Jacobson e Christensen, 1998). Il metodo più adattivo risulta quello della combinazione tra accettazione e cambiamento (Jacobson e Christensen, 1998; Hayes, 2004).

Le tre strategie principali applicate in ambito TCIC per promuovere l'accettazione sono l'adesione empatica del problema (o "empathic joining") (Christensen e Jacobson, 1996), il distacco unificato dal problema (o "unified detachment") e la costruzione della tolleranza ad alcune delle risposte che il problema può scatenare (Jacobson et al., 2000). Per facilitare l'adesione empatica al problema, il terapeuta cerca di suscitare sensazioni di vulnerabilità e sofferenza per le aree sensibili di ciascun coniuge; il clinico incoraggia i partner a esprimere ed elaborare questi sentimenti, per suscitare nel partner una risposta empatica (Christensen e Jacobson, 1996). L'adesione empatica si basa sull'assunto che emozioni come la rabbia o il disprezzo spesso mascherino emozioni sottostanti come solitudine o paura e ha l'obiettivo di creare un legame emozionale tra i partner che permetta ad ognuno di esprimere la propria sofferenza senza accusare o incolpare l'altro (Rebecchi e Vinai, 2017). Per facilitare il distacco unificato, il terapeuta aiuta la coppia a difendersi dal problema e prendere una posizione descrittiva ed oggettiva invece che giudicante e critica (Jacobson et al., 2000). Il distacco unificato promuove uno spostamento di prospettiva che consente una comunicazione attiva sui problemi, senza che i partner si attribuiscono colpe o spingano l'altro a cambiare (Cordova et al., 1998). Questa tecnica mira ad aiutare i partner a prendere distanza dai conflitti incoraggiando un'analisi oggettiva del problema, enfatizzando l'uso delle discussioni descrittive al posto di quelle cariche emotivamente (Rebecchi e Vinai, 2017).

Le strategie per il cambiamento dei comportamenti negativi comprendono la Behavior Exchange e il Communication and Problem solving Training (Gottam et al., 1976; Jacobson e Margolin, 1979).

Il terapeuta, inoltre, può suggerire ai partner l'uso di esercizi e tecniche di mindfulness come l'abilità STOP, l'abilità START o l'uso del respiro come ancora, che riportino l'attenzione sul qui ed ora e che permettano di raggiungere la consapevolezza di ciò che sta accadendo a livello emotivo tra i partner, per favorire il cambiamento (Hayes, 2003).

5. Emotionally Focused Therapy per coppie – EFT-C

L'approccio denominato EFT-C (Emotionally Focused Therapy for Couples), sviluppato da Greenberg e Johnson (Greenberg e Johnson, 1988; Johnson, 1996, 1998, 2004, 2008), è un modello di psicoterapia della coppia che mette in primo piano l'influenza dei vissuti emotivi nel determinare e mantenere problematiche le relazioni di coppia (Johnson et al., 1999; Johnson e Greenberg, 1987).

Una particolarità di tale approccio è la sua base teorica fondata sulla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1988), che permette al terapeuta di ridefinire gli schemi disfunzionali e di orientare gli obiettivi alla luce dei bisogni profondi che caratterizzano la natura umana (Johnson, 1998). La EFT

assume che, in una relazione affettiva, le emozioni siano alla base della percezione di sé stessi e dell'altro e che i meccanismi sottesi all'esperienza emotiva e al bisogno di attaccamento siano universali (Van Ijzendoorn e Sagi, 1999).

Secondo l'EFT i problemi di coppia nascono dal bisogno di attaccamento dei partner che viene disatteso, che fa sentire entrambi i membri della coppia insicuri e in pericolo; le difficoltà di coppia sono, inoltre, mantenute da ricorrenti emozioni e modalità di interazione, percepite come negative (Johnson, 2008; Johnson e Greenberg, 1987). I cambiamenti avvengono grazie a nuove esperienze emotive nel contesto terapeutico, che permettono ai partner di sperimentarsi reciprocamente al sicuro e protetti nella relazione (Johnson, 2004).

Il fine ultimo della terapia EFT è la ridefinizione della natura della relazione, con il passaggio da un legame insicuro tra i partner ad uno sicuro, grazie allo sviluppo di interazioni lenitive e di esperienze emotive adattive (Rebecchi e Vinai, 2017).

Emozioni. Secondo l'EFT, in una coppia in crisi i partner sono "bloccati" in certe modalità di regolazione, elaborazione e organizzazione delle proprie risposte emotive reciproche, al punto che l'interazione è irrigidita e non può stabilirsi un legame sicuro; pattern interazionali irrigiditi creano e mantengono stati emotivi negativi che producono difficoltà relazionali (Greenberg e Goldman, 2008). L'EFT attribuisce alle emozioni una priorità nel determinare il comportamento di attaccamento, strumento principale di cambiamento nella terapia di coppia (Johnson e Greenberg, 1987). Nella EFT le emozioni sono classificabili in due modi:

- le emozioni primarie sono reazioni dirette e spontanee, provate a seguito di un evento interno o esterno;
- le emozioni secondarie rappresentano risorse precostituite a partire da interpretazioni di precedenti esperienze e fungono spesso come difesa delle emozioni primarie (Fosha, 2000; Greenberg e Paivio, 1997).

Il terapeuta EFT esplora le emozioni secondarie, per individuare le primarie sottostanti e trovare modalità più adattive per affrontare le situazioni che le suscitano (Johnson, 2008). Le coppie che affrontano un percorso EFT sono aiutate dal terapeuta ad identificare le proprie emozioni, farne esperienza, esplorarle, darvi un senso, trasformarle e gestirle con modalità più flessibili. Le emozioni sono il focus del processo terapeutico partendo dall'assunto che non sono di per sé problematiche ma è la difficoltà delle persone di gestire le proprie emozioni a farle diventare tali (Johnson, 2008).

Attaccamento. L'evoluzione delle ricerche di Bowlby ha portato all'applicazione della teoria dell'attaccamento all'amore adulto. La percezione di un legame sicuro tra partner rappresenta la chiave per avere relazioni d'amore soddisfacenti e fonte di forza per le persone coinvolte (Hazan e Shaver, 1987; Simpson et al., 1992; Mikulincer, 1998; Feeney, 2007). La teoria dell'attaccamento insegna che la persona amata rappresenta il rifugio sicuro nella vita (Bowlby, 1988). Quando quella persona non è emotivamente disponibile o responsiva, il partner si sente solo e indifeso. Per coloro che hanno un attaccamento insicuro, la paura che deriva dai momenti di disaccordo e di litigio può trasformarsi in "panico primario" (Panksepp, 1998). Le reazioni a tale panico primario possono essere l'allontanamento e il ritiro, oppure il divenire esigenti e eccessivamente richiestivi (Greenberg e Goldman, 2008). Ma più i partner in difficoltà usano queste strategie, più si creano circoli viziosi di insicurezza che allontanano maggiormente. Più a lungo i partner si sentono disconnessi e lontani, più le loro interazioni diventano negative (Johnson, 2004). La Johnson afferma che per avere un legame affettivo duraturo i partner devono riuscire a sintonizzarsi sui propri bisogni più intimi e convertirli in segnali che l'altro partner possa capire per rispondervi (Johnson e Sims, 2000).

Sette conversazioni e i "Dialoghi Demone". Il terapeuta EFT aiuta le coppie a vedere gli schemi di interazione negativi, che Sue Johnson (2008) chiama "Dialoghi Demone"; tali schemi negativi si instaurano ogni volta che uno dei due partner cerca di avvicinarsi all'altro ma non riesce a stabilire un sicuro contatto emotivo. Alla base dell'EFT si trovano sette conversazioni che hanno lo scopo di promuovere la responsività emotiva che rappresenta la chiave per una relazione di coppia duratura (Johnson, 2008).

1. Riconoscere i Dialoghi Demone: ogni coppia può rimanere intrappolata in una o più interazioni negative (Johnson, 2008).

- Dialogo Demone 1 – "*Trova il cattivo*": Lo scopo di questo schema è l'autoprotezione, ma le mosse principali sono di reciproco attacco, di accusa o di colpa. Ciò che dà inizio a questo schema di risposte è il sentirsi feriti o vulnerabili nei confronti del partner e si accompagna alla perdita della sicurezza emotiva (Johnson, 2008).

- Dialogo Demone 2 – "*La Polka di Protesta*": È un dialogo in cui un partner diventa critico ed aggressivo e l'altro diffidente e distaccato. Uno dei due partner si attiva, anche se in maniera sbagliata, mentre l'altro fa un passo indietro e lo schema si ripete (Johnson, 2008).

- Dialogo Demone 3 – "*Immobilizza e scappa*": si verifica quando il partner che insegue ed è critico smette di tentare di richiamare l'attenzione del compagno e diventa silenzioso. L'estrema

distanza di questo schema è una risposta alla perdita di connessione e alla percezione di essere impotenti e di non essere in grado di ristabilirla. Questo circolo vizioso generalmente fa finire la relazione (Johnson, 2008).

2. Trovare i punti sensibili: un punto sensibile è un'ipersensibilità che si è formata nei momenti in cui, nelle relazioni passate o presenti di una persona, un bisogno di attaccamento è stato ripetutamente trascurato, ignorato o accantonato; esso deriva da ciò che la Johnson (2008) chiama le 2D (in inglese Deprived e Deserted), emotivamente deprivato o abbandonato. A volte i partner non riconoscono neppure di avere dei punti sensibili; sono solo consapevoli della reazione secondaria all'irritazione, come l'insensibilità difensiva, la chiusura in sé stessi o l'arrabbiarsi. La rabbia e la chiusura sono i segni distintivi dei Dialoghi Demone e mascherano le emozioni che risultano essere centrali nella vulnerabilità: tristezza, vergogna e paura (Johnson, 2008).

3. Ripercorrere un momento difficile: per potersi riconnettere durante una discussione, i partner devono essere in grado di ridurre l'intensità del conflitto e creare attivamente una sicurezza emotiva di base; c'è bisogno di lavorare in accordo per far decrescere i dialoghi negativi e per attenuare le insicurezze fondamentali (Johnson e Greenman, 2006). Si deve sempre ricordare ai coniugi che il modo in cui un partner risponde in un momento chiave del conflitto e di distacco emotivo può essere doloroso e minaccioso per l'altro ma che le reazioni negative del partner possono essere tentativi disperati di affrontare le paure dell'attaccamento (Johnson e Greenman, 2006).

4. Stringimi forte: impegnarsi e connettersi: per costruire e mantenere un legame sicuro, i coniugi devono essere in grado di sintonizzarsi con il partner tanto fortemente come durante la fase dell'innamoramento, attraverso la creazione volontaria di momenti di unione e connessione (Greenberg e Goldman, 2008). Il clinico porta la coppia a generare un pattern positivo con cui raggiungere il partner e rispondergli usando il linguaggio dell'attaccamento; la capacità di accogliere le rivelazioni più profonde del compagno è l'inizio di responsività e coinvolgimento reciproci (Johnson e Greenberg, 1992).

5. Perdonare le offese: alcuni eventi che si verificano in una relazione affettiva possono diventare traumi relazionali, ovvero ferite che attivano paure e vulnerabilità e che mettono a repentaglio le supposizioni di prevedibilità e controllo (Greenman e Johnson, 2013). La mancanza di una risposta emotivamente supportiva da parte di una persona amata in un momento di minaccia può influenzare un'intera relazione. La forza di questi eventi risiede nella risposta negativa alla domanda implicita di ogni relazione affettiva riguardo la presenza fisica ed emotiva del partner in

un momento di sofferenza (Johnson, 2004). Ciò di cui i partner hanno bisogno è uno speciale tipo di conversazione guaritrice che promuova il perdono e la disponibilità a fidarsi di nuovo; la fiducia rinnovata è l'obiettivo finale. I partner feriti identificano ciò di cui hanno bisogno ora per chiudere il trauma. Essi chiedono che quei bisogni vengano accolti, cioè che i partner rispondano in maniera diversa rispetto a come hanno fatto quando si è verificato l'episodio (Johnson, 2008).

6. Legarsi attraverso il sesso e il contatto fisico: quando i partner sono emotivamente accessibili, responsivi ed uniti, il sesso diventa un gioco intimo, un'avventura sicura (Shaver e Mikulincer, 2006). I partner soddisfatti vedono il sesso come una tra le molte risorse di piacere e intimità, mentre quelli scoraggiati lo considerano causa principale dei loro problemi. La sicurezza della connessione emotiva definisce la relazione sessuale e affettiva (Johnson, 2008).

7. Mantenere vivo l'amore: i rituali sono una parte importante dell'appartenenza; impegnano, sia emotivamente che fisicamente, in modo da fissare in modo positivo il momento presente. Il terapeuta EFT può aiutare le coppie a riconoscere e valorizzare i rituali di incontro e separazione, i momenti chiave dell'attaccamento: piccoli gesti quotidiani che trasmettono il messaggio "*Tu conti per me*" possono contribuire a mantenere una relazione forte e amorevole (Johnson, 2004). Separare le questioni relative all'attaccamento dai problemi pratici per affrontarli più facilmente insieme è un punto fondamentale, secondo la terapia EFT, per mantenere sano il rapporto (Greenman e Johnson, 2013).

6. Confronto tra i diversi approcci presentati

Secondo Epstein e Baucom (2002), i vari approcci per la terapia di coppia appaiono tutti in grado di aiutare nel disagio relazionale, ma non emergono "prove sulla maggior efficacia di un particolare approccio terapeutico nel trattamento di coppie in difficoltà". A partire dalle differenze di efficacia non significative tra i diversi approcci, Benson, McGinn e Christensen (2012) hanno ipotizzato l'esistenza di cinque principi comuni e trasversali:

1. Attraverso il processo terapeutico, i partner imparano a osservare i propri problemi in modo più oggettivo e distaccati, riconoscendo i propri contributi e le proprie responsabilità nell'alimentare il problema relazionale.
2. I terapeuti mirano al cambiamento dei meccanismi che generano sofferenza nella coppia e alla creazione di condizioni di sicurezza psicologica e fisica fra i partner.
3. I clinici cercano di delineare delle esperienze correttive che permettano di esprimere le emozioni in modo adeguato e funzionale.

4. I terapeuti lavorano per costruire e consolidare modalità comunicative efficaci, attive e empatiche.

5. I terapeuti evidenziano e potenziano le risorse interne ed esterne alla coppia.

In accordo con quanto individuato da Benson, McGrinn e Christense e da una panoramica generale sui quattro approcci presentati, appare evidente come i diversi modelli teorici descritti abbiano molti aspetti, sia teorici che pratici, in comune, e che si differenzino solo per alcune caratteristiche metodologiche peculiari.

Di seguito viene presentato uno schema riassuntivo dei principali elementi di similarità e differenza tra i vari approcci alla terapia di coppia esposti nel presente lavoro.

Tabella 1 - Confronto tra gli approcci presentati

| | TCC-C | ACT-C | TCIC | EFT-C |
|---|---|--|---|--|
| Base teorica | TCC standard T. attaccamento | TCC ACT | TCC 3° generazione | T. attaccamento T. umanistica |
| Formulazione del caso/ analisi del problema | Formulazione del caso, restituzione, contratto terap. | Descrizione non giudicante del problema | Analisi DEEP | Ricostruzione della storia del problema |
| Modalità di assessment | Colloqui individuali, congiunti, testistica | Coll. congiunti, eventualmente individuali | Coll. individuali, congiunti, testistica | Coll. congiunti, analisi delle emozioni |
| Ristrutturazione cognitiva | Centrale nell'approccio | Defusione, mindfulness | Unified detachment | Indiretta |
| Relazione terapeutica | Ascolto attivo, clima collaborativo e validante, linguaggio inclusivo | Atteggiamento non giudicante, empatico, focus sulla sofferenza reciproca | Atteggiamento non giudicante, collaborativo | Atteggiamento collaborativo, non critico |
| Responsabilità del problema condivisa tra i partner | Centrale: Cicli interpersonali, schemi | Centrale: Accettazione e valori | Centrale: responsabilità personale al cambiamento | Centrale: Bisogni di attaccamento |
| Differenze | Indirette | Indirette: | Elementi | Elementi |

| individuali | attraverso gli schemi | valori e regole | centrali | centrali |
|-----------------------------|---|---|--|--|
| Cambiamenti comportamentali | T. scambio sociale Contratti Comportamentismo | Centrali: basati sui valori | Centrali: Behavior Exchange | Grazie a nuove esperienze emotive |
| Cicli interpersonali | “Wrestling” “Sandra e Raimondo” “Separati in casa” | Giudizi come smog psicologico | Vicinanza – lontananza, controllo – responsabilità | Dialoghi Demone |
| Accettazione/cambiamento | Indiretta | Elemento centrale. Mindfulness | Empathic joining, unified detachment | Indiretta: Le sette conversazioni |
| Comunicazione | Focus su pattern comunicativi disfunzionali. Training di comunicazione | Training di comunicazione basato sui valori | Communication and Problem solving Training | Indiretta: comunicazione reciproca dei bisogni di attaccamento |
| Empatia | Validazione reciproca di emozioni e pensieri | Apprezzamento, accettazione, perdono, fiducia | Empathic joining | Centrale: “Stringimi forte” |
| Emozioni | Analisi degli scambi emotivi negativi, ABC | Sofferenza reciproca, accettazione | Empathic joining, accettazione | Centrali: primarie e secondarie |

Bibliografia

- American Psychiatric Association APA (2013). *DSM 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano: Raffaello Cortina
- Ascher L. M. (1980). Paradoxical intention, in Goldstein A. & Foa E. B., *Handbook of behavioral interventions: a clinical guide*, New York: Wiley, 129-148
- Ascher L. M. (1984). *Therapeutic paradox*, New York: Guilford press
- Attili G. (2004). *Attaccamento e amore*, Bologna: Il Mulino
- Baldoni F. (2004). Attaccamento di coppia e cambiamento sociale, *Il girasole e l'ombra, intimità e solitudine del bambino dalla culla al clamore*, Bologna: Pendragon, 95-109

- Baldwin M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information, *Psychological Bulletin*, 112, 461-484
- Bartholomew K. & Horowitz L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of the four category model, *Journal of Personality and social psychology*, 61, 276-244
- Baucom D. H. & Epstein N. (1990). *Cognitive Behavioral marital therapy*, New York: Brunner Mazel
- Baucom D. H., Epstein N., Daiuto A. D., Carels R. A., Rankin L. & Burnett C. K. (2002). Cognitions in marriage: the relationship between standards and attributions, *Journal of family psychology*, 10, 209-222
- Baucom D. H., Epstein N., Rankin L. & Burnett C. K. (1996). Assessing relationship standards: the inventory of specific relationship standards, *Journal of family psychology*, 10, 72-88
- Baucom D. H., Epstein N., Sayers S. & Sher T. G. (1989). The role of cognitions in marital relationships: definitional, methodological and conceptual issues, *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 3-38
- Baucom D. H., Epstein N. & Sullivan L. J. (2004). Brief couple therapy. In Dewan M., Stenbarger B. & Greenberg R. P., *The art and science of brief therapies*, Washington: American Psychiatric Publishing, 189-227
- Baucom D. H., Shoham V., Mueser K. T., Daiuto A. D. & Stickle T. R. (1998). Empirically supported couples and family therapies for adult problems, *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 53-88
- Baucom K. J., Sevier M., Eldridge K. A., Doss B. D. & Christensen A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: outcome and link with five-year follow up, *Journal of consulting and clinical psychology*, 79, 565-576
- Beach S. R. H. (2001). *Marital and family process in depression: a scientific process for clinical practice*, Washington: American psychological association
- Beck A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*, New York: International Universities Press
- Beck A. T. (1988). *L'amore non basta*, Roma: Astrolabio
- Beck A. T. (2002). Cognitive models of depression. In Leahy R. L. & Dowd T. E., *Clinical advances in cognitive psychotherapy: theory and application*, New York: Springer, 29-61
- Beck J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*, New York: Guilford press
- Beck J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy*, New York: Guilford press
- Bennun I. (1985). Prediction and responsiveness in behavioral marital therapy, *Behavioral psychotherapy*, 13, 186-201
- Bowen M. (1978). *Family therapy in clinical practice*, New York: Jason Aronson
- Bowen M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo, la differenziazione del sé nel sistema familiare*, Roma: Astrolabio,
- Bowlby J. (1980). *Attaccamento e perdita*, vol. 3: *La perdita della madre*, Torino: Boringhieri
- Bowlby J. (1987). *Paths to successful development, personality in the life course*, Cambridge: Cambridge University press
- Bowlby J. (1988). *Una base sicura*, Milano: Raffaello Cortina
- Bowlby J. (1999). *Attaccamento e perdita; attaccamento, separazione, perdita*, Torino: Boringhieri
- Bradbury T. N. & Fincham F. D. (1990). Attributions in marriage: review and critique, *Psychological bulletin*, 107, 3-33
- Brennan K. A., Clark C. L. & Shaver P. R. (1998). Self report measurement of adult attachment: an integrative overview. In Simpson J. A. & Rholes W. S., *Attachment theory and close relationship*, New York: Guilford press, 46-76
- Brown G. W. & Harris T. (1978). *Social origins of depression: a psychiatric disorder in women*, Londra: Tavistock
- Burns D. (1980). *Feeling good: the new mood therapy*, New York: Signet

- Christensen A. (1988). Dysfunctional interaction patterns in couples. In Noller P. & Fitzpatrick M. A., *Perspectives on marital interactions*, Clevedon: Multilingual matters, 31-52
- Christensen A. (2009). *Couple Questionnaire*, Los Angeles: University of California
- Christensen A. (2010). *Weekly Questionnaire*, Los Angeles: University of California
- Christensen A., Doss B. D. & Jacobson N. S. (2014). *Reconcilable differences: rebuilt your relationship by rediscovering the partner you love without losing yourself*, New York: Guilford press
- Christensen A., Eldridge K, Catta-Preta A. B., Lim V. R. & Santagata R. (2005), Cross-cultural consistency of the demand/withdraw interaction in couples, *Journal of psycho-somatic research*, 38, 23-32
- Christensen A. & Jacobson N. S. (1991). *Integrative behavioral couple therapy*, Washington: University of Washington press
- Christensen A. & Jacobson N. S. (1997). *Frequency and acceptability of partner behavior inventory*, Los Angeles: University of California
- Christensen A., Jacobson N. S. & Babcock J. (1995), Integrative behavioral couple therapy. In Jacobson N. S. & Gurman A. S., *Clinical handbook of couple therapy*, New York: Guilford press
- Christensen A. & Jacobson, N. S. (1997). *Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory*, Los Angeles: University of California
- Christensen A., Wheeler J. C. & Jacobson N. S. (2010). La terapia comportamentale integrata di coppia. In Bulli F. & Melli G., *Mindfulness & acceptance in psicoterapia*, Firenze: Eclipsi
- Cordova J. V. & Jacobson N. S. (1997). Acceptance versus change interventions in behavioral couple therapy: impact on couples' in-session communication, *Journal of marriage and family therapy*, 24, 437-450
- Crane D. R., Mead D. E. (1980). The Marital Status Inventory: some preliminary data on an instrument to measure marital dissolution potential, *American Journal of Family Therapy*, 8, 31-35
- Dattilo F. M. (1993). Cognitive techniques with couples and family, *Family Journal*, 1, 51-56
- Dattilo F. M. (1994). Families in crisis. In Dattilo F. M. & Freeman A., *Cognitive – behavioral strategies in crisis intervention*, New York: Guilford press, 278-301
- Dattilo F. M. (1998). Cognitive-behavior family therapy. In Dattilo F. M., *Case studies in couple and family therapy: systemic and cognitive perspectives*, New York: Guilford press, 62-84
- Dattilo F. M. (2001a). Cognitive-behavior family therapy: contemporary myths and misconceptions, *Contemporary family therapy*, 23, 3-18
- Dattilo F. M. (2001b). The ripple effects of depressive schemas on psychiatric patients, *Archives of psychiatry and psychotherapy*, 3, 90-91
- Dattilo F. M. (2005). Homework for couples. In Kazantzis N., Deane F. P., Ronan K. R. & L'Abate L., *Using homework assignments in cognitive-behavior therapy*, New York: Brunner Routledge, 153-170
- Dattilo F. M. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families: a comprehensive guide for clinicians*, New York: Guilford press
- Dattilo F. M. & Padesky C. A. (1990). *Cognitive therapy with couples*, Sarasota: Professional resource exchange,
- Dattilo, F. M. & Van Hout G. (2006). The problem solving component in cognitive-behavioral couples therapy, *Journal of family psychotherapy*, 17, 1-19
- Daveson D. D. (1965). Family roles, *Archives of general psychiatry*, 12, 589-594
- Di Pietro M. (1992). *L'educazione razionale emotiva*, Trento: Erickson
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R. & Salvatore G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*, Milano: Raffaello Cortina
- Dimaggio G. & Semerari A. (2003). *I disturbi di personalità: modelli e trattamento*, Roma-Bari: Laterza
- Doss B. D., & Christensen A. (2006). Acceptance in romantic relationships: The Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory, *Psychological Assessment*, 18, 289-302

- Dowd E. T. & Swoboda J. S. (1984). Paradoxical interventions in behavior therapy, *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 15, 229-234
- Eidelson R. J. & Epstein N. (1982). Cognitions and relationships maladjustment: development of a measure of dysfunctional relationship belief, *Journal of consulting and clinical psychology*, 50, 715-720
- Ellis A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*, New York: Lyle Stuart
- Ellis A. (1987). The impossibility of achieving consistently good mental health, *American Psychologist*, 42, 364-375
- Ellis A. (1989). A dictionary of rational-emotive feelings and behaviors, *Journal of rational-emotive & cognitive-behavior therapy*, 1, 3-28
- Ellis A. & Harper R. (1961). *A guide to rational living*, North Hollywood: Wilshire Books
- Ellis A. & Harper R. (1961). *A guide to successful marriage*, North Hollywood: Wilshire Books
- Epstein N. (1982). Cognitive therapy with couples, *The American journal of family therapy*, 10, 5-16
- Epstein N. (1986). Cognitive marital therapy: a multilevel assessment and intervention, *Journal of Rational Emotive Therapy*, 4, 68-81
- Epstein N. & Baucom D. H. (2002). *Enchaced cognitive behavioral therapy for couples: a contextual approach*, Washington: American Psychological Association
- Epstein N. & Baucom D. H. (2003). Couple therapy. In Leahy R. L., *Roadblocks in cognitive-behavior therapy: transforming challenges into opportunities for change*, New York: Guilford press, 217-235
- Feeney B. C. (2007). The dependency paradox in dose relationship: accepting dependence promotes independence, *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 268-285
- Fisher J. & Crandell L., (2001). I modelli di relazione nella coppia. In Clulow C., *Attaccamento adulto e psicoterapia di coppia*, Roma: Borla
- Fruzetti A. E. & Iverson K. M. (2004). Mindfulness, acceptance, validation and individual psychopathology in couples. In Hayes S. C., Follette V. M. & Linehan M. M., *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*, New York: Guilford press, 168-191
- Funk J. L. & Rogge R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index, *Journal of Family Psychology*, 21, 572-583
- Gordon K. C. & Baucom D. H. (1999). A forgiveness-based intervention for addressing extramarital affairs, *Clinical Psychology: science and practice*, 6, 382-399
- Gottam J. M. (1994). *What predicts divorce?*, Hillsdale: Erlbaum
- Gottam J. M. (1999). *The marriage clinic: a scientifically based marital therapy*, New York: Norton
- Gottam J., Notarius C., Gonso J. & Markman H. J. (1976). *A couple guide to communication*, Champaign: Research press
- Gottam J. & Silver N. (1999). *Intelligenza emotiva per la coppia*, Milano: Rizzoli
- Greenberg L. S. & Goldman R. N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: the dynamics of emotion, love, and power*, Washington: American Psychological Association
- Greenberg L. S. & Johnson S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*, New York: Guilford Press
- Greenman P. S. & Johnson S. M. (2013). Process research on emotionally focused therapy (EFT) for couples: linking theory to practice, *Family Process*, 52, 46-61
- Halford W. K., Sanders M. R. & Behrens B. C. (1994). Self-regulation in behavioral couples therapy, *Behavior therapy*, 25, 3, 431-452
- Harris R. (2006). Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy, *Psychotherapy in Australia*, 12, 4
- Harris R. (2008). *La trappola della felicità, come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*, Trento: Erikson
- Harris R. (2009). *ACT with LOVE*, Oakland: New Harbinger

- Hayes S. C. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 101-106
- Hayes S. C. (2002). Buddhism and Acceptance and Commitment Therapy. *Behavioral Practice*, 9, 58-66
- Hayes S. C. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161-165
- Hayes S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies, *Behavioral Therapy*, 35, 639-665
- Hayes S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (2005). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes S. C. & Smith S. (2010). *Smetti di soffrire e inizia a vivere*, Milano: Franco Angeli
- Hayes S. C., Strosahl K. & Wilson K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: an experimental approach to behavior change*, New York: Gilford
- Hayes S. C. & Wilson K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289-303
- Hazan C. & Shaver P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process, *Journal of personality and social psychology*, 52, 511-524
- Heavey C. L., Christensen A. & Malamuth N. M. (1995). The longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 797-801
- Hite S. (1999). *Il rapporto Hite*, Milano: Bompiani
- Homans G. C. (1961). *Social behavior: its elementary forms*, New York: Brace Jananovich
- Hovestadt A., Anderson W., Piercy F., Cochran S. & Fine M. (1985). Family of origin scale, *Journal of marital and family therapy*, 11, 287-297
- Hudson W. W., Corcoran K. & Fischer J. (2000). *Index of sexual satisfaction: measures for clinical practice, a sourcebook*, vol. 2, free press, New York
- Huston T. L. & Houts R. M. (1998). The psychological infrastructure of courtship and marriage: the role of personality and compatibility in romance relationship. In Bradbury T. N., *The developmental course of marital dysfunction*, New York: Cambridge University Press, 114-151
- Jacobson N. S. (1992). Behavioral couple therapy: a new beginning, *Behavior therapy*, 23, 493-506
- Jacobson N. S. & Christensen A. (1996). *Integrative couple therapy: promoting acceptance and change*, New York: Norton
- Jacobson N. S. & Christensen A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: a therapist's guide to transforming relationships*, New York: Norton
- Jacobson N. S., Christensen A., Prince S. E., Cordova J. & Eldridge K. (2000). Integrative behavioral couple therapy an acceptance-based, promising new treatment for couple discord, *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 351-355
- Jacobson N. S. & Margolin G. (1979). *Marital therapy: strategies based on social learning and behavior exchange principles*, New York: Brunner e Mazel
- Johnson S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: creating connection*, New York: Brunner e Mazel
- Johnson S. M. (1998). Emotionally focused couple therapy. In Dattilo F. M., *Case studies in couple and family therapy: systematic and cognitive perspectives*, New York: Guilford press
- Johnson S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors, strengthening attachment bonds*, New York: Guilford press
- Johnson S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection. Basic principles into practice series*, New York: Brunner-Routledge
- Johnson S. M. (2008). Emotionally focused couple therapy. In Gurman, A. S., *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press, 107-137

- Johnson S. M. (2008). *Hold me tight, seven conversation for a lifetime in love*, New York: Little brown
- Johnson S. M. (2009). Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples: perfect patterns. In Obegy J. H. & Berant E., *Attachment theory and clinical work with adults*, New York: Guilford press, 410-433
- Johnson S. M. (2012). *Manuale di terapia di coppia focalizzata sulle emozioni: principi base e pratica*, Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore
- Johnson S. M. (2013). *Love sense, the revolutionary science of romantic relationships*, New York: Little brown
- Johnson S. M., Bradley, B. A., Furrow, J. L., Lee, A. C., Palmer, G., Tilley, D. & Woolley, S. R. (2005). *Becoming an emotionally focused couple therapist: the workbook*, New York: Routledge
- Johnson S. M. & Brubacher, L. L. (2016). Emotionally focused couple therapy: empiricism and art. In Sexton, T. L. & Lebow J., *Handbook of family therapy*, New York: Routledge, 326–348
- Johnson S. M. & Denton W. (2002). Emotionally focused couple therapy: creating secure connections. In Gurman A. S. & Jacobson N. S., *Clinical handbook of couple therapy*, New York: Guilford press
- Johnson S. M. & Greenberg L. S. (1987). Emotionally focused marital therapy: an overview. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24, 552–560
- Johnson S. M. & Greenberg L. S. (1992). Emotionally focused therapy: restructuring attachment. In Budman, S. H., Hoyt, M. F. & Friedman, S., *The first session in brief therapy*, New York: Guilford Press, 204–224
- Johnson S. M. & Greenman P. S. (2006). The path to a secure bond: emotionally focused couple therapy, *Journal of Clinical Psychology*, 62, 597–609
- Johnson S. M., Hunsley J., Greenberg L. S. & Schindler D. (1999). Emotionally focused couples therapy: status and challenges, *Journal of clinical psychology: science and practice*, 6, 67-79
- Johnson S. M. & Sims, A. (2000). Attachment theory: a map for couples therapy. In Levy T. M., *Handbook of attachment interventions*, San Diego: Academic Press, 169–191
- Kazantzis N., Deane F. P. & Ronan K. P. (2000). Homework assignments in cognitive-behavioral therapy: a meta-analysis, *Clinical Psychology: science e practice*, 7, 189-202
- Kazantzis N., Whittington C. J. & Dattilo F. M. (2015). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavior therapy: a replication and extension, *Clinical psychology: science and practice*
- Kelly G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*, New York: Norton
- Kerr M. & Bowen M. (1988). *Family evaluation*, New York: Norton
- L' Abate L. (1977). *Enrichment: structural interventions with couples, families and groups*, Washington: University Press of America
- L' Abate L. & McHenry S. (1983). *Handbook of marital interventions*, New York: Grune & Stratton
- Leahy R. L. (1996). *Cognitive therapy: basic principles and applications*, New York: Jason Aronson
- Leahy R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*, New York: Guilford press
- Leslie L. A. (1988). Cognitive behavioral and systems models of family therapy: how compatible are they?. In Epstein N. B., Schlesinger S. & Dryden W., *Cognitive behavior therapy with families*, New York: Brunner Mazel
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza, psicologia e psicoterapia nell'ottica cognitivo-evoluzionista*, Milano: Raffaello Cortina
- Liotti G. & Monticelli F. (2009). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*, Milano: Raffaello Cortina
- Lo Iacono G. (2004). Gli homework nella psicoterapia cognitivo-comportamentale di coppia. In Baldini F., *Homework: un'antologia di prescrizioni terapeutiche*, Milano: McGraw-Hill
- Mancini F., Sassaroli S. & Semerari A. (1984). Teorie psicologiche implicite e soluzione di problemi nevrotici: un approccio darwinista. In Chiari G. & Nuzzo L., *Crescita e cambiamento della coscienza individuale*, Milano: Franco Angeli, 275-292

- McCubbin M. A. & McCubbin H. L. (1989). Theoretical orientation to family stress and coping. In Figley C., *Treating stress in families*, New York: Brunner Mazel, 3-43
- Mckay M., Fanning P. & Paleg K. (2006). *Couple skills: making your relationship work*, Oakland: New Harbinger
- Mikulincer M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger, *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 513-524
- Mikulincer M., Florian V., Cowan P. A. & Cowan C. P. (2002). Attachment security in couple relationships: a systemic model and its implications for family dynamics, *Family process*, 41, 405-434
- Mikulincer M. & Shaver P. R. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics and change*, New York: Guilford press
- Miller G. E. & Bradberry T. N. (1995). Refining the association between attributions and behavior in marital interaction, *Journal of family psychology*, 9, 196-208
- Minuchin S. (1974). *Families and family therapy*, Cambridge: Harvard University Press
- Minuchin S. & Fishman H. C. (1981). *Family therapy techniques*, Cambridge: Harvard University Press
- Murphy C. & Hoover S. (1999), Measuring emotional abuse in dating relationships as a multifactorial construct, *Violence and victims*, 14, 39-53
- Napier A. (1990). *The fragile bond*, New York: Harper&Row
- Neff K. D. (2003). Lo sviluppo e la validazione di una scala per misurare l'auto-compassione, *Self and Identity*, 2, 223-250
- Newman H. M. & Langer E. J. (1988). Investigating the developmental and courses of intimate relationship. In Abramson L. Y., *Social cognition and clinical psychology: a synthesis*, New York: City press, 148-173
- Nhat Hanh T. (1992). *Il miracolo della presenza mentale*, Roma: Ubaldini
- Nigro N., Mancioppi S. & Possi M (2017). La relazione terapeutica. In Rebecchi D. & Vinai P., *Psicoterapia cognitiva della coppia*, Milano: Raffaello Cortina, 29-39
- Noel N. & McCrady B. (1993). Alcohol focused spouse involvement with behavioral marital therapy. In O'Farrell T., *Treating alcohol problems: marital and family interventions*, New York: Guilford press
- Northey W. F. (2002), Characteristics and clinical practices of marriage and family therapists: a national survey, *Journal of marital and family therapy*, 28, 487-494
- O'Leary K. & Turkewitz H. (1978), Marital therapy from a behavioral perspective. In Paolino T. & McCrady B. (Eds.), *Marriage & marital therapy*, New York: Brunner Mazel, 260-297
- Ogden P. (2012). Emozioni, mindfulness e movimento, espansione dei confini di regolazione della finestra di tolleranza affettiva. In Fosha D., Siegel D. & Solomon M. F., *Attraversare le emozioni*, vol. 2, Milano: Mimesis
- Organizzazione Mondiale della Sanità OMS (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, 10th revision, Milano: Masson
- Pankseep J. (1998). *Affective neuroscience, the foundations of human and animal emotions*, Oxford: Oxford University Press
- Penn P. (1982). Circular questioning, *Family process*, 12, 267-279
- Petereson D. R. (1979). Assessing interpersonal relationship by means of interaction records, *Behavioral Assessment*, 1, 221-236
- Pretzer J., Epstein N. & Fleming B. (1991). Marital attitude survey: a measure of dysfunctional attributions and expectancies, *Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly*, 5, 131-148
- Psychotherapy Networker (2007). The top 10: the most influential therapists of the past quarter century, *Psychotherapy networker*, 31, 24-68
- Rebecchi D. & Vinai P. (2017). *Psicoterapia cognitiva della coppia*, Milano: Raffaello Cortina
- Rebecchi D., Vinai P. & Boldrini M. P. (2017). L'assessment e la valutazione clinica. In Rebecchi D. & Vinai P., *Psicoterapia cognitiva della coppia*, Milano: Raffaello Cortina, 41- 51

- Rebecchi D., Vinai P., Framba R., Dadà R., Gemelli A., Sgambati S. & Boldrini M. P. (2017). I percorsi terapeutici. In Rebecchi D. & Vinai P., *Psicoterapia cognitiva della coppia*, Milano. Raffaello Cortina, 53-109
- Rubon Z. (1973). *Liking and loving*, New York: Rhinehart & Winston
- Ruggiero G. M. & Sassaroli S. (2013). *Il colloquio in psicoterapia cognitiva, tecnica e pratica clinica*, Milano: Raffaello Cortina
- Safran J. D. & Segal Z. V. (1990), *Interpersonal process in cognitive therapy*, New York: Basic books
- Sager C. (1976). *Marriage contracts and couples therapy*, New York: Brunner Mazel
- Sassaroli S. & Lorenzini R. (1995), *Attaccamento, stili di conoscenza e disturbi di personalità*, Milano: Raffaello Cortina
- Satir V. M. & Baldwin M. (1983). Satir step by step: a guide to creating change in families, *Science and behavior books*, Palo Alto
- Scarinci A. & Romano C. (2008). Le teorie naive: la Naive Idea Survey. In Incerti A. & Scarinci A., *Assessment dei disturbi d'ansia*, Trento: Erickson
- Schwebel A. & Fine M. (1994), *Understanding and helping families: a cognitive behavior approach*, Hillsdale: Erlbaum
- Senchak M. & Leonard K. E. (1992), Attachment styles and marital adjustment among newlywed couples, *Journal of social and personal relationships*, 9, 51-64
- Sevier M., Eldridge K., Jones J., Doss D. B. & Christensen A. (2008), Observed communication and associations with satisfaction during traditional and integrative behavioral couple therapy, *Behavioral therapy*, 39, 137-150
- Shaver P. R., Hazan C. & Bradshaw D. (1988), Love as attachment: the integration of three behavioral systems. In Sternberg R. J. & Barnes M., *The psychology of love*, New Haven: Yale University press
- Shaver P. R. & Mikulincer, M. (2006). A behavioral systems approach to romantic love relationships: attachment, caregiving, and sex. In Sternberg, R. J. & Weis, K., *The new psychology of love*, New Haven: Yale University Press, 35-64
- Siegel D. (1999). *The developing mind*, New York: Guilford press
- Simpson J., Rholes W. & Nelligan J. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety provoking situation: the role of attachment style, *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446
- Sloan S. & L'Abate L. (1985), Intimacy. In L'Abate L. (Ed.), *Handbook of family psychology therapy*, 405-431, Homewood: Dorsey Press
- Snyder D. K. & Aikman G. G. (1999). The marital satisfaction inventory- revised. In Maruish M. E., *Use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment*, New York: Erlbaum, 1173-1210
- Snyder D. K., Cavell T. A., Heffer R. & Mangrum L. F. (1995). Marital and family assessment: a multifaceted, multilevel approach. In Mikesell R. H., Lusterman D. D. & McDaniel S., *Integrating family therapy: handbook of family psychology and system therapy*, Washington: APA
- Spanier G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads, *Journal of marriage and the family*, 38, 15-28
- Steinglass P., Bennet L., Wolin S. J. & Reiss D. (1987), *The alcoholic family*, New York: Basic books
- Sternberg R. (1986), A triangular theory of love, *Psychological Review*, 93, 119-135
- Straus M. A., Hamby S. L., Boney-McCoy S. & Sugarman D. B., (1996). The revised conflict tactics scales: development and preliminary psychometric data, *Journal of family issues*, 17, 3, 283-316
- Stuart R. B. (1969). Operant interpersonal treatment for marital discord, *Journal of consulting and clinical psychology*, 33, 675-682
- Thibaut J. & Kelley H. H. (1959). *The social psychology of groups*, New York: Wiley

- Thoits P.A. (1983). Dimension of life events that influence psychological distress: an evaluation and synthesis of the literature. In Kaplan H. B., *Psychosocial stress: trends in theory and research*, New York: Academic Press
- Tilden T. & Dattilo, F. M. (2005). Vulnerability schemas of individuals in couples relationships: a cognitive perspective, *Contemporary family therapy*, 27, 137-160
- Vanzetti N. A., Notarius C. I. & NeeSmith D. (1992). Specific and generalized expectancies in marital interaction, *Journal of family psychology*, 6, 171-183
- Wales S., Di Giuseppe R. & Dryden W. (1992). *A practitioner's guide to rational-emotive therapy*, New York: Oxford university press
- Walser R. & Westrup D. (2009). *The mindful couple: using acceptance and mindfulness to enhance vitality, compassion and love*, Oakland: New Harbinger
- Walsh F. (1998). *Strengthening family resilience*, New York: Guilford press
- Watzlawick P., Beavin J. H. & Daveson D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*, New York: Norton
- Weeks G. & Treat S. (1992). *Couples in treatment: techniques and approaches for effective practice*, New York: Brunner Mazel
- Weiss R. L. (1980). Strategic behavioral marital therapy: toward a model for assessment and intervention. In Vincent J. P., *Advances in family intervention, assessment and theory*, Greenwich: JAI press
- Weiss R. L. & Cerreto M. C. (1980). The Marital Status Inventory: Development of a measure of dissolution potential, *American Journal of Family Therapy*, 8, 80-85
- Weiss R., Hops H. & Patterson G. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict: a technology for altering it, some data for evaluating it. In Hamerlynck L., Handy L. & Mash E. (Ed.), *Behavior change: methodology, concepts and practice*, Champaign: Research Press
- Weissman M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression, *American Journal of public health*, 77, 189-195
- Weissman M. M. & Paykel E. S. (1974). *The depressed women: a study of social relationships*, Chicago: University of Chicago press
- Young J. E., Klosko S. & Weishaar M. E. (2003). *Schema Therapy: a practitioner's guide*, New York: Guilford press

Elena Guazzo

Psicologa-Psicoterapeuta, Vicenza e Montecchio Maggiore (Vi)

Specializzata a Verona, training Prunetti e Baggio

e- mail: guazzo.elena@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Il dolore di Maria

Stefania Natale¹

¹Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, Bari e Barletta

Riassunto

Il presente lavoro tratta il caso clinico di una donna con disturbo depressivo maggiore con la quale è stato portato avanti un training assertivo finalizzato alla gestione della sintomatologia depressiva. L'intervento ha avuto l'obiettivo di migliorare le abilità assertive della paziente che risultavano centrali nel mantenimento dei circoli viziosi e della sintomatologia. La paziente tendeva a non dare la giusta rilevanza ai propri bisogni, a non esprimerli o a farlo in maniera non adeguata e funzionale al loro soddisfacimento. Questa modalità contribuiva al mantenimento dei circoli viziosi e della sintomatologia depressiva. Il training svolto ha permesso alla paziente di riconoscere nuovamente l'importanza dei propri bisogni mettendo al centro della propria vita sé stessa.

Parole chiave: disturbo depressivo maggiore, depressione, training assertivo, assertività

Summary

In this manuscript is presented the clinical case of a woman affected by major depressive disorder, with whom an assertive training was carried out in order to manager the depressive symptomatology. The intervention aimed to improve the deficit in her assertive abilities, that was central in mantaining the vicious circles and symptoms. The patient tended not to give the proper relevance to her needs, not to express them or to do it in an inadequate and not functional way, with respect to her satisfaction. This modality contributed to the maintenance of vicious circles and depressive symptomatology. The training that was carried out allowed the patient to recognize the importance of her needs and to piace them at the center of their life.

Key words: major depressive disorder, depression, assertive training, assertiveness

Dati anagrafici e familiari e storia di vita

Maria, 58 anni, laureata in matematica ed impiegata all'università. Ha sempre lavorato presso strutture universitarie riuscendo a sviluppare la sua carriera e a ricoprire, di volta in volta, ruoli di maggiore responsabilità. I genitori sono deceduti ed ha una sorella più grande.

Maria ha un figlio avuto con un uomo che, partito militare, muore prima di sapere della gravidanza; lei aveva 23 anni. Descrive questa relazione come la più importante della sua vita e decide di avere il bambino e di crescerlo da sola.

Vive con i genitori finché il figlio Luca ha 7 anni, per poi decidere di andare a vivere da sola. Riferisce che la vita con i genitori non era semplice, soprattutto il rapporto con la madre: *“Mia madre si imponeva molto, era una donna molto forte. Mi diceva cosa fare con mio figlio, come crescerlo, era il figlio di tutti ma non mio! Non sono mai stata capace di dire a mia madre questo è mio figlio, quella è la porta, decido io come crescerlo!”* Dopo poco tempo i genitori vanno a vivere di fronte alla sua abitazione così Maria riferisce di perdere la sua libertà perché *“i miei genitori stavano sempre a casa mia”*.

Con il trascorrere del tempo il figlio inizia a manifestare un carattere descritto come molto forte; era molto possessivo nei suoi confronti, non voleva che uscisse, tanto che lei gli chiedeva quasi il permesso per farlo, accettando le sue risposte anche se negative.

Quando Maria va a vivere da sola conosce un uomo con il quale inizia una relazione sentimentale e dopo qualche anno iniziano a vivere insieme, nonostante la cosa non fosse vista di buon occhio dalla madre di lei e anche dal figlio. Spesso la donna litigava con la madre, e il figlio prendendo le parti della nonna diceva *“La nonna ha ragione, hai fatto un figlio? Ti devi prendere cura solo di lui”*. La relazione con il compagno non impediva, tuttavia a Maria, di dare sempre la priorità al figlio, che non aveva instaurato un buon rapporto con l'uomo. Maria riferisce che il compagno non ha mai fatto nulla per avvicinarsi al figlio, che era legato solo alla sua famiglia di origine e non mostrava interesse e voglia di costruire una relazione con il ragazzo. Le pressioni del figlio sono talmente forti da portare Maria ad interrompere la relazione con il compagno quando Luca ha ormai 19 anni. Dopo due anni, però, Maria decide di ricominciare la relazione interrotta, ad insaputa del figlio. Nel 2013, dopo circa 4 anni, la donna comunica al figlio di aver ripreso la relazione con il compagno e, da quel momento, il figlio decide di non voler più vedere e sentire la madre mantenendo tale decisione invariata ancora oggi. Luca vive a Milano dunque, per la donna, è molto difficile cercare di mantenere dei contatti con il figlio che, nonostante le visite e le frequenti telefonate, non sembra voler tornare sui suoi passi.

Maria racconta tutto questo in lacrime, non riesce ad accettare la decisione del figlio, cerca di essere presente nella sua vita inviandogli somme di denaro, che lui accetta, ma questo non le basta. Non capisce come lui sia riuscito a cancellarla dalla sua vita. Riferisce di soffrire terribilmente per questa situazione, di pensare a lui ogni giorno e ogni giorno piange perché *“una madre non può accettare di non vedere più suo figlio”*. Ecco uno stralcio di ciò che Maria mi dice a proposito di questa situazione: *“E' come se io non potessi mai essere felice, non potessi avere tutto...o mio figlio*

o il mio compagno, tutto insieme no. E' come se avessi questa maledizione. Pare che io non possa gioire, che se rido devo scontare quella risata".

Da circa due anni manifesta umore depresso con frequenti crisi di pianto, difficoltà del sonno, ruminazione e perdita di interesse per la vita. Continua a lavorare perché dice *"il lavoro è l'unica cosa che mi resta, ma anche lì le cose non vanno bene"*.

Il contesto lavorativo è descritto come difficile da affrontare, soprattutto da un punto di vista relazionale. Maria riferisce che nel 2009 è stata declassata. Da avere un contratto da dirigente è stata spostata in un dipartimento dove ricopre un semplice ruolo da impiegato amministrativo *"ho un curriculum che nessuno ha, ma nonostante questo mi hanno tolto quel ruolo e per l'ennesima volta mi sono rimboccata le maniche. In ufficio vanno avanti quelli che non fanno niente, è un'ingiustizia! Dico sempre la mia ma, nonostante tutto, mi trattano come vogliono....tanto io continuo a lavorare e faccio anche il lavoro degli altri, se necessario"*.

Maria si descrive come una persona non prepotente, che tende a piegare la testa, non invadente, che odia le ingiustizie.

Invio e contesto della terapia

Maria si rivolge allo psichiatra che affianco per un controllo della terapia farmacologica. La donna, già seguita in passato da un altro specialista per la gestione di episodi di attacchi di panico, effettua terapia con antidepressivi da circa due anni, manifestando blandi miglioramenti del tono dell'umore. Lo psichiatra suggerisce alla donna di iniziare una psicoterapia da associare alla terapia farmacologica; Maria accetta di incontrarmi.

Al primo colloquio Maria appare ben curata, una donna distinta e molto colta, disponibile al dialogo e alla condivisione dei suoi vissuti emozionali. Il viso è costantemente connotato da un'espressione di tristezza, alterna frequentemente momenti di pianto incontrollabile mentre mi racconta la sua vita.

Descrizione del problema

La paziente, a cui è diagnosticato Disturbo Depressivo Maggiore secondo i criteri del DSM 5, mi viene inviata dallo psichiatra per una presa in carico psicoterapica a Giugno 2014.

Da circa due anni riferisce umore depresso, scarso interesse per tutto ciò che la circonda, difficoltà del sonno e frequenti crisi di pianto, sentimenti di autosvalutazione e colpa. Riferisce di svegliarsi spesso la notte e di non riuscire a non pensare a suo figlio, alla situazione con lui che ritiene inaccettabile dopo quasi due anni, per poi pensare a lui ogni giorno in ogni momento. Al mattino fa fatica ad alzarsi e ad andare a lavoro, ma nonostante tutto lo fa. Si rileva una riduzione

delle attività dal punto di vista comportamentale sul versante degli interessi piacevoli e di svago e, al momento della presa in carico, riferisce di essere in malattia dal lavoro in seguito ad una discussione con il suo superiore, che l'ha portata a chiedere al medico un certificato di malattia per astenersi dal lavoro perché *“stanca delle continue discussioni e ingiustizie”*. A questo proposito afferma di non sapere se rientrare o chiedere di prolungare ancora la malattia.

Quando Maria mi descrive la situazione attuale distingue due ambiti che le arrecano sofferenza, pur se in maniera differente.

In riferimento alla situazione familiare con il figlio, Maria afferma di non riuscire a non pensare a lui, non riesce ad accettare la sua decisione e, nonostante cerchi di rispettarla il più possibile, fa molta fatica a convivere con questa situazione. Mi racconta che piange ogni giorno, gli manda sms ai quali non riceve risposta e spesso, gli invia somme di denaro dicendo *“questo mi fa sentire ancora una mamma”*. Ha provato ad andare a trovarlo per cercare un chiarimento ma lui si è rifiutato di incontrarla. Le uniche notizie che ha del figlio le riceve da un amico in comune o dalla madre. Maria riferisce che anche il rapporto con il compagno risente di questa situazione in quanto lei è sempre triste, non ha voglia di fare nulla, a volte guarda il compagno e si sente in colpa in quanto la decisione di rimanere con lui ha portato il figlio ad allontanarla dalla sua vita.

Maria racconta di vivere una situazione difficile anche a lavoro *“Tutti mi dicono, ma che hai, sei sempre triste con quella faccia...”*. Riferisce difficoltà comunicative con i colleghi e i superiori, frequenti discussioni su tematiche che riguardano *“ingiustizie”* che rileva nell'operato degli altri e nella gestione delle attività e che la portano a lavorare molto e a ritmi serrati, per poi innervosirsi e discutere animatamente con i diretti interessati *“Forse è vero quello che mi dicono, che faccio la vittima... in effetti io non reagisco, non sono prepotente, faccio il mio lavoro ma poi vedo che vanno avanti quelli che non fanno niente e questo non è giusto, mi fa arrabbiare e non lo sopporto!”*

La raccolta delle informazioni sulla storia di vita della paziente, molto complessa, e sulle difficoltà attuali, ha richiesto circa 5 colloqui di assessment . Maria ha mostrato da subito un buon livello di motivazione, è sempre stata puntuale agli appuntamenti e disponibile al dialogo e alla condivisione dei suoi vissuti. Non è stato rilevato rischio di suicidio.

Profilo interno del disturbo

Il profilo interno del disturbo è stato elaborato seguendo il modello cognitivo-comportamentale sulla depressione di Beck.

Sulla base del racconto della paziente e degli ABC è stato possibile individuare i sintomi distintivi della depressione secondo il modello cognitivo, cioè:

Sintomi affettivi: tristezza, anedonia, senso di colpa, senso di impotenza, disperazione.

Sintomi cognitivi: pensieri automatici negativi, triade cognitiva, distorsioni cognitive.

Sintomi motivazionali: demotivazione, autosvalutazione.

Sintomi comportamentali: passività, frequenti crisi di pianto, evitamento di situazioni precedentemente giudicate piacevoli

Sintomi fisiologici: disturbi del sonno.

La sintomatologia cognitiva è caratterizzata da pensieri automatici prevalentemente negativi, i cui contenuti sono il senso di fallimento, l'autosvalutazione, la perdita, la disperazione. La negatività che contraddistingue questi pensieri, secondo Beck, riguarda tre spetti: sé stesso, il mondo e il futuro, definita triade cognitiva. Dai racconti di Maria è possibile individuare molto facilmente questi tre aspetti:

Sé stessa: la donna tende a svalutare sé stessa, ad esprimere giudizi estremamente negativi su di sé, sulle proprie capacità e sul suo modo di essere, soprattutto in riferimento al suo ruolo di madre *“è tutta colpa mia, non sono stata una buona madre”, “sono troppo debole”, “non potrò mai essere felice, dovrò sempre rinunciare a qualcosa”*.

Il mondo: Maria giudica ingiusto ciò che le accade, afferma di non ricevere mai aiuto da nessuno *“capisco al volo se una persona ha bisogno di aiuto invece gli altri non lo capiscono mai”*, di essere sempre giudicata ma mai per quello che vale *“Io faccio sempre il mio dovere senza dire nulla, ma mai una gratificazione, chi non fa niente invece va avanti”*, di non essere amata nonostante tutti sacrifici fatti nella vita *“perché mio figlio non si rende conto di tutti i sacrifici che ho fatto per lui, perché è così egoista!”*.

Il futuro: la paziente guarda la futuro con negatività, afferma di non avere più fiducia in un cambiamento, ritiene che la sua vita sarà sempre così, caratterizzata da rinunce e sofferenza *“È come se io non potessi mai essere felice, non potessi avere tutto...o mio figlio o il mio compagno, tutto insieme no. È come se avessi questa maledizione. Pare che io non possa gioire, che se rido devo scontare quella risata”*.

Dai colloqui con la paziente è stato possibile rilevare le distorsioni cognitive messe in atto maggiormente dalla stessa, biases che durante la terapia saranno poi descritti alla paziente e sui quali si lavorerà. Le distorsioni cognitive individuate maggiormente sono:

Deduzione arbitraria e generalizzazione: trarre conclusioni in assenza di prove concrete o sulla base di episodi isolati. Questa risalta soprattutto nei discorsi relativi all'ambiente lavorativo, in cui Maria spesso racconta episodi in cui "secondo lei" i suoi colleghi e i suoi capi non la stimano, non apprezzano il suo lavoro. Pur dando a Maria il beneficio del dubbio, quando le ho chiesto quali fossero le prove sulle quali basava questi pensieri mi ha sempre riportato sue sensazioni, sue interpretazioni dei comportamenti altrui.

Pensiero dicotomico e tendenza a darsi una colpa: tendenza a classificare le esperienze in categorie opposte e tendenza ad attribuire al proprio operato gli esiti delle situazioni, soprattutto se negative. Questo accade soprattutto nell'ambito della vita personale, nelle difficoltà con il figlio, con la madre e il compagno. Maria attribuisce alle sue scelte e al suo operato i problemi con il figlio, ritiene di non essere stata una buona madre e che altri avrebbero fatto meglio di lei. Afferma spesso di non poter avere ciò che desidera, di non poter essere felice e, dunque, di essere "condannata" a dover sempre rinunciare a qualcosa.

Inoltre, sono presenti molte doverizzazioni ed assolutizzazioni che portano Maria a scontrarsi costantemente con i suoi standard molto elevati.

L'interruzione dei rapporti con il figlio è ciò che ha attivato gli schemi depressogeni che hanno portato alla sintomatologia depressiva e che, una volta attivati, guidano tutto il processo di costruzione di significato degli eventi che sarà ricco di distorsioni. A questo punto Maria valuta tutto ciò che le accade sulla base della triade cognitiva, seleziona solo le informazioni che ne validano la veridicità, non considera ipotesi alternative e individua in sé stessa la colpevole dell'accaduto.

Seguendo ancora il modello di Beck è possibile individuare in Maria le caratteristiche tipiche di una personalità pre-depressiva, dunque vulnerabile alla depressione, di tipologia sociotropica. La paziente, infatti, è orientata verso i rapporti interpersonali, misura il proprio valore sulla base delle manifestazioni di affetto e di accettazione degli altri, e sul mantenimento di buone relazioni intime, temendo continuamente di essere abbandonata e rifiutata dagli altri. Questo accade non solo con il figlio, ma anche sul posto di lavoro e con gli amici.

Meccanismi di mantenimento

Il meccanismo di mantenimento individuato da Beck fa riferimento alle caratteristiche strutturali degli schemi depressogeni che, a loro volta, sono responsabili dei biases cognitivi. Nel soggetto depresso, infatti, la costruzione della realtà e il significato degli eventi sono effettuati sulla base di tali schemi dando vita a circoli viziosi.

Nel caso di Maria vediamo come la rigidità degli schemi depressogeni attivati, i cui contenuti sono quelli della triade cognitiva, portano la paziente ad attivare circoli viziosi; ad esempio la convinzione di dover arrivare a livelli di prestazione elevati che devono essere riconosciuti dall'esterno e la percezione di non farcela e, soprattutto, di non vedere riconosciuti i suoi sforzi e il suo impegno, conducono Maria a sentimenti di autosvalutazione e sconfitta, con una conseguente diminuzione del senso di autoefficacia.

Un altro circolo vizioso attivo riguarda la paziente e il contesto familiare e sociale in cui vive.

I comportamenti che Maria mette in atto sulla base della triade cognitiva producono negli altri proprio gli effetti temuti. Ad esempio, Maria riferisce di non riuscire a stare in compagnia degli altri, soprattutto in situazioni goliardiche e con persone che non conoscono la sua situazione, tendendo così ad evitare i contesti sociali allargati. Afferma che la cosa che più la fa star male è vedere come gli altri la guardano e il fatto che le dicano *“Ma perché sei così triste, perché hai quella faccia, sei sempre così”*. Questo le dà la prova di quanto la sua sofferenza sia grande e visibile anche dall'esterno, pensa di non essere una buona compagna e di non riuscire ad avere interazioni sociali divertenti e serene in quanto la sua mente è continuamente presa dai suoi pensieri e il suo volto lo dimostra.

Tutto questo porta Maria a circondarsi solo di persone che conoscono la sua situazione, con le quali poter parlare e confrontarsi in cerca di consigli e soluzioni. Allo stesso tempo, però, teme di essere un peso per queste persone perché *“Parlo sempre di mio figlio, con il mio compagno, con i miei pochi amici, l'argomento è sempre lo stesso. Fino alla fine anche loro non mi vorranno più vedere come ha fatto lui. Che poi...come si fa a volere accanto una mamma così”*. Da questo si evince come la tristezza di Maria sia ormai la caratteristica che, a suo parere, la contraddistingue, tanto da temere di essere lasciata sola.

La ruminazione è sicuramente un ulteriore meccanismo di mantenimento per questa paziente *“Non riesco a non pensare a mio figlio, a come sia possibile che non voglia più vedermi. Lui è la persona più importante per me, ho fatto di tutto per lui. Mi domando sempre perché, cosa ho fatto di così terribile, cerco di trovare una risposta, qualcosa che mi aiuti a rassegnarmi, ma per quanto mi sforzi è tutto inutile. Mi sveglio al mattino pensando a questo, mi addormento la sera e mi sveglio la notte...e penso sempre a questo. E' come se questo pensiero fosse sempre lì, nella mia mente, pronto a farsi sentire. Non trovare soluzioni mi fa stare ancora peggio, penso che non mi rasseggerò mai, che non troverò mai pace e che starò sempre peggio”*. Questo estratto spiega molto bene il forte ruolo svolto dalla ruminazione nel mantenimento della sintomatologia depressiva in

Maria. Studi sulla ruminazione depressiva, infatti, mostrano come essa influenzi negativamente i processi di pensiero e interferisca con il problem-solving riducendone le capacità di attivazione e rendendo sempre più complesso il processo di accettazione.

Scompenso

La paziente riferisce che la sintomatologia depressiva descritta sarebbe comparsa circa due anni fa, in seguito alla decisione del figlio di allontanarla dalla sua vita. Da allora, nonostante i tentativi di riappacificazione, la situazione non è cambiata e l'umore di Maria è peggiorato sempre più.

Dal colloquio con la paziente, tuttavia, emergono precedenti episodi depressivi, se pur di breve durata e legati a due lutti improvvisi, che si sono risolti senza far ricorso a terapie farmacologiche o psicoterapiche. Il primo risale al momento in cui il fidanzato è deceduto prima di sapere della gravidanza di Maria. La donna descrive quel momento come particolarmente doloroso e difficile da superare, racconta di aver trovato la forza nella gravidanza e nel bambino che è nato. Il secondo a seguito della morte del padre, nel 2009, cui era molto legata. Durante la psicoterapia, inoltre, è deceduta improvvisamente la madre, aggravando la sintomatologia depressiva già presente.

Vulnerabilità

La paziente riferisce di aver vissuto un'infanzia improntata al dovere. I genitori davano molta importanza alla scuola, per loro era la cosa più importante, e volevano che le figlie riuscissero bene negli studi *“il resto per loro non contava”*. Maria mi racconta di aver avuto un rapporto conflittuale con la madre, che a suo dire aveva una preferenza per la sorella. Non si impegnava molto a scuola, a differenza della sorella e si sentiva stupida e incapace di ottenere i suoi stessi risultati. L'unica cosa in cui era meglio di lei era il comportamento in casa. La sorella usciva spesso nonostante la madre non volesse, Maria invece, per assecondare il volere della madre, non chiedeva mai di uscire, e questo suo comportamento era ben visto e lodato dalla mamma, spingendo Maria a mantenerlo nel tempo nonostante significasse rinunciare alla vita sociale.

La paziente riferisce di essere cambiata in secondo liceo. Verso la fine dell'anno scolastico aveva conosciuto l'uomo che poi è diventato il suo fidanzato (padre di suo figlio): *“ Ricordo che andammo insieme a vedere i quadri e lui guardando i miei voti disse – Non ti vergogni!”* Maria racconta di essere cambiata da quel momento tanto da migliorare negli studi e riuscire a laurearsi in matematica. Raccontandomi questo episodio dice *“Sono cambiata per orgoglio, non accettavo che lui pensasse male di me. Molte cose che ho fatto nella vita le ho fatte per far piacere agli altri...”*.

Con il tempo Maria sembra aver mantenuto questo stile comportamentale. Riferisce di essere sempre stata accomodante con il figlio, di aver sempre pensato prima a lui e ai suoi bisogni, di aver

sempre soffocato i suoi desideri per il bene di suo figlio *“ho anche rinunciato all’idea di avere un altro figlio per paura di perdere lui”*.

I lutti che hanno costellato la vita di Maria le hanno permesso di fortificare il suo pensiero negativo di non meritare di essere felice. Tutti i suoi racconti, costellati da crisi di pianto, rimandano a questo suo vissuto di ingiustizia inaccettabile, che lei vivrebbe non solo nella vita personale, ma anche in quella lavorativa. Tutto ciò porta Maria a leggere la realtà in maniera dicotomica giusto/ingiusto e a sentirsi spesso in dovere di combattere per la giustizia. Quando non riesce nel suo intento si rinforza la concezione di sé di persona incapace e destinata a soffrire.

Terapia

La terapia ha inizio nel Giugno 2014, con frequenza media di una volta a settimana per un totale di circa 20 incontri, con intervalli durante il periodo estivo, natalizio e dovuti a viaggi di lavoro della paziente (durata complessiva Giugno 2014 - Aprile 2015). Successivamente, sono stati effettuati tre incontri di follow up a 3 e 6 mesi e dopo 1 anno.

Maria è arrivata in terapia con la richiesta di raggiungere i seguenti obiettivi: *“vorrei capire cosa non va in me, perché mio figlio non si rende conto di essere così egoista e non capisce i sacrifici che ho fatto, perché in ufficio mi trattano come vogliono tanto continuo a lavorare, perché mi sono fatta rovinare la vita dagli altri facendo sempre ciò che dicevano”*.

Il primo passo, dopo la fase di assessment è stato promuovere l’empirismo collaborativo al fine di instaurare una relazione improntata alla collaborazione tra terapeuta e paziente. Inizialmente ho fornito informazioni sul disturbo, spiegato le caratteristiche della sintomatologia, descritto le modalità di intervento possibili e le tecniche che avremmo potuto utilizzare. Inoltre, alla luce delle richieste di Maria, abbiamo ridefinito insieme gli obiettivi della terapia rendendoli specifici e concreti:

- ✓ alleviare la sintomatologia depressiva
- ✓ promuovere il processo di accettazione in riferimento alla situazione con il figlio
- ✓ effettuare un training assertivo finalizzato al miglioramento delle abilità comunicative e alla promozione del riconoscimento dei propri bisogni.

Inizialmente mi sono concentrata sul primo obiettivo: alleviare la sintomatologia depressiva iniziando a lavorare sui circoli viziosi attivi tra i sintomi utilizzando tecniche finalizzate alla riattivazione comportamentale. Ho chiesto alla paziente di compilare un diario in cui riportare le attività svolte giornalmente durante una settimana, il livello di piacere e il senso di bravura percepito; questo mi ha permesso di rilevare che la riduzione delle attività riguardava

principalmente le attività di svago e i contesti sociali. Ho fatto notare alla paziente che prediligeva situazioni in cui svolgere compiti bene precisi, come quelle lavorative, a scapito di situazioni in cui doveva svolgere attività in passato considerate piacevoli o circondata da altre persone. Ho chiesto alla paziente di fare un elenco delle attività che riteneva piacevoli prima del presentarsi della sintomatologia e l’ho invitata a sperimentare nuovamente tali attività, in modo graduale.

I passi eseguiti sono stati i seguenti:

- ✓ spiegare la finalità del compito: spezzare il circolo vizioso tra i sintomi e inattività
- ✓ scegliere le attività con la paziente dando la precedenza alle più semplici e gradite
- ✓ individuare i possibili ostacoli e discuterli insieme
- ✓ pianificare le attività e chiedere di eseguirle come se fosse un esperimento.

Maria ha iniziato a notare che l’esecuzione di attività piacevoli le permetteva di vivere brevi momenti in cui la sintomatologia depressiva e i pensieri ricorrenti erano meno frequenti, notando un lieve miglioramento del tono dell’umore e cominciando a confutare l’idea prevalente “*niente mi dà sollievo*” e “*sto male tutto il giorno*”.

Parallelamente mi sono concentrata sull’individuazione e la registrazione dei pensieri automatici utilizzando la tecnica degli ABC. L’obiettivo era di comprendere a pieno la costruzione della realtà del paziente cercando di individuare le tematiche e le regole ricorrenti. Dopo aver raccolto alcuni ABC durante i colloqui, ho spiegato alla paziente cosa fossero i pensieri automatici e iniziato ad addestrare Maria a riconoscere tali pensieri mostrandole il legame che intercorre tra pensieri, emozioni e comportamenti. Abbiamo iniziato a compilare alcuni ABC in seduta; scegliendo alcuni episodi concreti, ho chiesto a Maria di concentrarsi sull’emozione per poi individuare i pensieri presenti in quel momento. Con la paziente ho preferito scomporre la C in sensazioni, emozioni e comportamenti al fine di mostrarle con più chiarezza il legame esistente. Ecco un esempio:

| A | B | C | | |
|---|---|-----------|--------------------------|---|
| | | Emozioni | Sensazioni | Comportamenti |
| Incontro una docente nel corridoio che mi chiede spiegazioni sul mancato pagamento delle borse di studio dicendo che il Rettore non comprende il motivo | <p>“Guarda questa, mi accusa di cose non vere!”</p> <p>“Perché nessuno mi dà ragione, perché continuano a far finta di nulla anche quando è palese da che parte è la verità?”</p> | Rabbia | Forte tensione muscolare | Ho risposto alzando la voce, mi sono allontanata e sono andata dal Rettore per spiegazioni. |
| | | Delusione | e morsa allo stomaco | |

Da questo ABC emerge l'interpretazione tipica della realtà attivata dalla paziente: il senso di ingiustizia percepito per il mancato riconoscimento del suo lavoro, la tendenza a percepire facilmente i commenti degli altri come attacchi personali. Il lavoro sugli ABC di questo tipo ci ha permesso di rendere esplicite le distorsioni cognitive messe in atto più frequentemente dalla paziente, mostrandole come questi pensieri automatici attivino un'interpretazione negativa della realtà che conferma la triade cognitiva individuata.

Questi ABC, inoltre, sono stati la base di partenza per il secondo step: l'esame delle prove e l'individuazione di ipotesi alternative. Ho aiutato Maria ad analizzare i suoi pensieri automatici come se si trovasse in un esperimento, a cercare le prove a favore e a sfavore degli stessi, promuovendo un approccio più oggettivo alla realtà e diminuendo la tendenza a credere ciecamente ai suoi pensieri automatici. Questo lavoro mi ha permesso di spiegare a Maria che i suoi pensieri rappresentano una possibile interpretazione della realtà, ma che ce ne sono anche altre. Ho invitato, dunque, la paziente, ad allenarsi a considerare ipotesi alternative ai suoi pensieri automatici prima di considerare corretta la sua prima interpretazione degli eventi.

Parallelamente ho spiegato a Maria la tecnica del problem-solving, in quanto a volte può capitare che le sue ipotesi possano essere corrette e che non distorca negativamente la realtà, ma abbia semplicemente un problema da risolvere. La sintomatologia depressiva, però, porta la paziente a considerare alcuni problemi insormontabili; la tecnica del problem-solving ha permesso a Maria di osservare i suoi problemi in maniera più oggettiva e di seguire uno schema chiaro per giungere ad una soluzione, senza cadere nella sua tipica interpretazione degli eventi.

Terminato il lavoro sui pensieri automatici mi sono concentrata sul contenuto degli schemi depressogeni. In particolare abbiamo lavorato sul tema che abbiamo definito "Non sono adeguata". Questo è un tema ricorrente per Maria, che emerge soprattutto dai racconti riguardanti il figlio. Riporto un estratto che mostra la ricorrenza di questo tema e si ricollega al terzo step, la promozione dell'accettazione vista non come rassegnazione ma come presa di coscienza dell'impossibilità di modificare alcune situazioni e dell'importanza di convivere con tali condizioni proseguendo la propria vita.

Dopo circa 5 mesi dall'inizio della psicoterapia Maria riporta feedback positivi. Un giorno, però, mi riferisce di sentirsi particolarmente triste (P: paziente; T: terapeuta):

P: Da qualche giorno provo meno sofferenza, sono più serena rispetto a mio figlio. Che vuol dire?

T: Lei che spiegazione si è data?

P: Ho paura di dimenticarlo, di non volergli più bene come prima, e questo per una madre sarebbe terribile, mi confermerebbe che non sono una buona madre.

T: Pensa di volergli meno bene o di sentire meno la sua mancanza perché vive le sue giornate più serenamente e ci pensa meno?

P: Sì (inizia a piangere)

T: Pensa che i sentimenti si valutino in base alla frequenza dei pensieri, alla durata e a quanto si soffre?

P: Sì

T: Provi a pensare a suo figlio...prova sentimenti meno intensi e le manca meno?

P: No

T: Ok. Quindi è possibile che quello che sta sviluppando non sia un minore affetto ma un nuovo sentimento di accettazione? Sul quale sta lavorando molto da diversi mesi?

P: Forse sì, non so...

T: Provi a pensare a suo padre (il padre è deceduto diversi anni fa) Pensa a lui come qualche mese dopo la sua morte?

P: No, molto meno.

T: Pensa di volergli meno bene o di sentire meno la sua mancanza per questo?

P: No. Ho capito cosa intende. Sì forse sono io che tendo a farmi queste domande perché dico...ma come è possibile?

T: Secondo lei è possibile che inizi ad “osservare” questa situazione, l’assenza di suo figlio nella sua vita, ad accettarla nonostante le provochi sofferenza, e che ora riesca a concentrarsi su sé stessa e sulla sua vita dandole valore?

P: Sì...forse è questo che sta succedendo. Mi spaventa ma, in effetti, è quello su cui sto lavorando.”

Nell’ultimo periodo della terapia mi sono concentrata sul training assertivo.

Da una valutazione delle abilità comunicative di Maria è emersa una prevalente tendenza a prediligere uno stile comunicativo di tipo passivo-aggressivo e la tendenza a non esprimere i propri bisogni o a farlo in maniera non adeguata e funzionale al loro soddisfacimento.

Ho spiegato a Maria le caratteristiche principali dei tre stili comunicativi e quanto la passività e l’aggressività contribuiscano a mantenere i circoli viziosi attivi e la sintomatologia depressiva.

La paziente si è riconosciuta facilmente nello stile comunicativo passivo-aggressivo ed ha accettato di lavorare sulle sue abilità assertive.

Il training assertivo permette ai pazienti di apprendere le giuste modalità per esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni, riuscendo a rispettare maggiormente sé stessi e gli altri.

Gli step del training sono stati i seguenti:

Apprendere i principi dell'assertività: ho consegnato a Maria materiale informativo sugli stili comunicativi e sulle abilità assertive invitandola a discuterne insieme, in quanto inizialmente confondeva l'assertività con l'egoismo, considerandola qualcosa di negativo e socialmente inaccettabile.

Automonitoraggio e autovalutazione: ho insegnato a Maria a valutare e monitorare le sue modalità comunicative. Analizzando situazioni concrete ho invitato la paziente ad identificare lo stile utilizzato e a riformulare le sue risposte in maniera assertiva. Questo step ha richiesto molto allenamento prima in seduta e poi in vivo e pian piano Maria ha registrato i primi risultati.

Insegnamento delle tecniche assertive: sulla base delle difficoltà riportate da Maria abbiamo scelto alcune tecniche di comunicazione assertiva da apprendere durante il training. In particolare abbiamo selezionato: presentare il proprio punto di vista; manifestare il proprio disaccordo; fare una richiesta; dire di no. La paziente si è esercitata in seduta con simulazioni e role playing per poi utilizzarle nella vita di tutti i giorni.

Il training nello specifico è durato circa 8 incontri e Maria ne è stata entusiasta.

Nel contesto lavorativo è riuscita a ridurre la frequenza delle discussioni con i colleghi, ad esprimere i propri bisogni in modo adeguato (es. chiedere aiuto quando oberata di lavoro, rifiutare di svolgere attività che non le competono, manifestare il proprio disaccordo con modalità adeguate). Tutto ciò le ha permesso di vivere con maggiore tranquillità le giornate lavorative e, associato al lavoro di ristrutturazione cognitiva, le ha permesso di rivedere le sue modalità tipiche di interpretazione della realtà.

Il lavoro sull'assertività ha permesso a Maria di modificare anche il suo atteggiamento nei confronti del figlio. Ha smesso di inviargli soldi, cosa che reputava importante ma che era un grande sacrificio, comprendendo che avrebbe potuto trovare altre modalità per esprimergli comunque il suo affetto. Gli ha scritto una lettera in cui gli ha spiegato quanto per lei sia stato importante riuscire a ricostruire la sua vita sentimentale e che questo non ha mai modificato l'affetto che prova per lui. Gli ha rinnovato la sua presenza come madre dicendogli che, nonostante la sofferenza, avrebbe accettato la sua decisione ma non avrebbe cambiato idea sul suo rapporto con

il compagno in quanto “è giusto che anche io sia felice e questa persona mi rende felice”. Maria mi ha letto questa lettera e mi ha descritto il senso di liberazione che ha provato quando l’ha scritta e quando l’ha spedita. Non sa se il figlio l’ha ricevuta ma per lei è sufficiente aver esternato tutto ciò che aveva dentro.

Abbiamo concluso i nostri incontri programmando 3 follow up dopo 3 e 6 mesi e dopo un anno.

La paziente ai tre incontri è apparsa maggiormente serena, l’espressione di tristezza sul suo volto non è più costante, la sintomatologia depressiva è diminuita notevolmente. Maria riferisce di vivere momenti di calo dell’umore ma meno intensi e di affrontarli sentendosi in grado di superarli. Mi racconta che la situazione con il figlio non è cambiata ma che riesce a convivere con questo pensiero, nonostante a volte si senta triste. A lavoro la situazione è migliorata, non si è più assentata per finte malattie e continua ad essere diligente come sempre, provando anche una maggiore gratificazione. Si dedica a sé, organizza attività piacevoli con il compagno e con gli amici più stretti. Riferisce, inoltre, di aver apprezzato molto il lavoro sull’assertività perché sente di aver appreso delle tecniche pratiche e di aver notato grossi cambiamenti nel suo rapporto con gli altri e anche nel suo modo di affrontare le situazioni.

Maria mi dice di essere molto soddisfatta del lavoro fatto, che la sua vita è diversa e si sente più forte ed in grado di affrontare i momenti difficili che prima la facevano sentire impotente.

Stefania Natale

Psicologa-Psicoterapeuta, Bari e Barletta

Specializzata a Lecce, training Roberto Mosticoni e Antonio Semerari

e- mail: stefania.natale82@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Il caso di Greta: un disturbo evitante di personalità

Chiara Labate¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - Associazione Ecopoiesis, Reggio Calabria

Riassunto

Si descrive il percorso clinico di una giovane di 20 anni affetta da Disturbo di Personalità Evitante: dall'assessment alla formulazione del caso e al trattamento fino agli esiti e al follow up a 6 mesi dalla fine degli incontri. La terapia di matrice cognitivo-comportamentale, strutturata per obiettivi progressivi di incremento del funzionamento metacognitivo e modificazione degli schemi patogeni, ha previsto l'utilizzo di tecniche diverse derivanti da approcci di terza ondata (Schema Therapy, ACT e DBT); soprattutto per quanto riguarda l'utilizzo di tecniche immaginative e di sviluppo di abilità di regolazione emotiva e interpersonali.

Summary

The clinical treatment of a 20 y.o. patient affected by Avoidant Personality Disorder is presented, including initial assessment, case formulation, treatment and 6-months follow up. The treatment, in order to apply the cognitive-behavioural matrix, is structured on progressive increments of metacognitive functioning and modifications of pathogenic schemes. A set of different techniques, all belonging to third-wave approach (i.e. Schema Therapy, ACT and DBT) was adopted, in particular, imaginative techniques and skill training.

Anamnesi

Greta è una ragazza di 20 anni, nubile. Vive con i genitori, entrambi in apparente buona salute (ABS), 55 e 51 anni e con la sorella minore (ABS), 17 anni. Ha frequentato per 1 anno l'università

fuori sede, prendendo domicilio nella seconda casa del padre, ma ha sospeso gli studi già qualche mese prima di iniziare la terapia ed è tornata a vivere nella città d'origine.

Motivo della visita

Durante il secondo semestre del primo anno all'università Greta ha smesso di uscire, studiare e di andare a lezione. Per un paio di mesi ha mentito ai genitori al riguardo, continuando a raccontare una quotidianità regolare. Quando sua madre si è accorta che qualcosa non andava l'ha riportata a casa ma Greta da allora continua a dire di non sapere cosa vuole fare della sua vita, riferisce inoltre stati ansiosi e umore depresso. La madre quindi, le ha consigliato di parlare con un terapeuta.

Descrizione del problema

Durante la prima visita Greta si presenta da sola e non pone un problema né una richiesta di aiuto. Appare di bell'aspetto anche se pallida e trascurata nell'abbigliamento. Lucida e ben orientata nel tempo e nello spazio, rimane educatamente seduta ma mostra un sorriso e una postura rigidi, una scarsissima mimica e poco contatto visivo. Ha un atteggiamento collaborativo ma il suo eloquio è poco fluente, a volte balbetta e risponde brevemente alle domande e in maniera poco elaborata.

Una volta sollecitata lamenta la presenza di una forte attivazione neurovegetativa generalizzata durante le interazioni sociali sia con familiari e amici che con estranei (balbuzie, alterazione della frequenza respiratoria e del tono della voce, sudore, necessità di contorcere le mani e le dita – che si manifestano anche in seduta). Sebbene questi episodi si verificano durante ogni tipo di interazione, la loro intensità aumenta se il tema di discussione è il suo anno fuori sede oppure i suoi progetti futuri. Afferma inoltre che in questo caso agli episodi segue una lunga e intensa fase di rimuginio e ruminazione. Per evitare di dare spiegazioni agli altri Greta esce il meno possibile di casa, ha smesso di andare a nuoto e anche di guidare la macchina, afferma che la situazione le pesa solamente perché le sembra, in questo modo, di dare fastidio ai suoi familiari.

Storia di vita

Gravidanza e tappe di sviluppo sembrano essere state nella norma, non risulta nessuna difficoltà di inserimento scolastico e i risultati accademici sono buoni. Le difficoltà di socializzazione sembrano avere avuto origine durante le elementari, quando l'amichetta del cuore si trasferisce con la famiglia in una città lontana, in questo periodo Greta sviluppa anche un problema di balbuzie che viene risolto parzialmente con una terapia logopedica. Durante l'adolescenza sviluppa una passione per la pittura e per il nuoto agonistico (in piscina si sente a suo agio, i suoi amici sono tutti di quell'ambiente e più giovani di lei). Lamenta di iniziare a soffrire la scarsa fiducia in se stessa e la

fatica nel prendere decisioni solo dall'inizio delle superiori. Al momento della presa in carico, Greta afferma di poter contare su poche amicizie ma stabili e dichiara di aver avuto una sola relazione sentimentale breve, chiusa prima della partenza per l'università.

Valutazione psicodiagnostica

La valutazione psicodiagnostica ha previsto la somministrazione dei seguenti test:

MMPI II: nelle scale di base si riscontra un'elevazione significativa esclusivamente dell'Introversione Sociale (72). Il profilo delle scale di contenuto indica una certa stabilità nelle caratteristiche di personalità della paziente, legate al disagio nelle situazioni sociali e a un basso livello di autostima accompagnato da numerosi atteggiamenti negativi verso se stessa e dalla sensazione di essere sopraffatti dalle proprie debolezze (Lse, Sod).

SCL-90: le scale rimangono tutte al limite inferiore al cut-off di attenzione clinica.

ASI: Greta sembra ritenere che le sensazioni legate all'ansia siano fastidiose ma non pericolose, sebbene il punteggio della sottoscala del timore di ostracismo sociale sia molto più elevato rispetto alle altre due.

TAS-20: la lettura dei risultati porta a una diagnosi di Alessitimia indeterminata, il soggetto presenta difficoltà nell'identificazione e nella descrizione dei sentimenti.

ASQ: il profilo restituisce l'espressione di uno stile di attaccamento insicuro ansioso (convinzione di non essere amabile, incapacità di sopportare distacchi prolungati, ansia di abbandono, sfiducia nelle proprie capacità e fiducia nelle capacità degli altri).

SCID II: all'intervista clinica della SCID-II risultano soddisfatti tutti i criteri diagnostici del Disturbo Evitante di Personalità.

Diagnosi

A seguito della procedura di assessment psicodiagnostico, la paziente soddisfa i criteri necessari a una diagnosi di Disturbo Evitante di Personalità secondo il DSM 5. La valutazione del funzionamento globale (VGF) indica un quadro sintomatologico moderato con un punteggio di 51/100.

Profilo interno del disturbo

La narrazione di Greta durante le sedute risulta scarsa, scarna e opaca. Sembra che sia del tutto incapace di identificare le emozioni e anzi, spesso nega di provare alcunchè riportando tutto esclusivamente a somatizzazioni.

Al di là di questo, Greta riporta un dialogo interno molto ricco e intellettualizzato, fatto di memorie semantiche in cui l'unica emozione citata è l'ansia, a cui è riconosciuto un legame diretto con gli eventi *“andare all'università mi mette ansia, fare un esame mi mette ansia, parlare al telefono mi mette ansia etc..”* e con le tendenze all'azione *“voglio scomparire, voglio scappare, lascio perdere”*.

Lo stato mentale prevalente è quello di estraneità, con cui Greta ha dimestichezza da quando suo padre, con cui aveva una relazione esclusiva e intensa, ha iniziato a lavorare e a viaggiare per lavoro. Spesso Greta descrive il suo senso di estraneità come un'area grigia o senza luce mentre gli altri sono illuminati e colorati o dentro una bolla chiusa. Greta riconosce e racconta episodi di estraneità durante tutto il suo percorso scolastico e afferma che sia stato proprio questo stato mentale a crearle le difficoltà più importanti nell'adattamento alla vita universitaria (es. fig.1).

| A | B | C |
|--|--|--|
| Mi trovo in aula, durante la lezione, mi guardo intorno, noto che intorno a me ci sono dei posti liberi. | Nessun altro è seduto da solo È come se ci fosse una bolla bianca intorno agli altri e io sono fuori, in grigio, sono diversa | Tengo gli occhi bassi e la testa sulle braccia, inizio a rimuginare sulla mia diversità. |
| A1 | B1 | C1 |
| C | Anche gli altri stanno vedendo che sono diversa, per questo non si avvicinano | Divento rossa, inizio a sudare |
| A2 | B2 | C2 |
| C1 | mi vedrà qualcuno, il professore mi chiederà davanti a tutti che mi sta succedendo Voglio scomparire | Mi si annebbia la mente, esco dall'aula e torno a casa |

Fig.1 – es. stato di estraneità e transiti in stati di esclusione e di minaccia

A questi stati seguono sempre lunghi rimuginii accompagnati intensa vergogna e tristezza legata a tematiche di fallimento e di inadeguatezza. La conseguenza è un progressivo ritiro da ogni attività.

L'episodio descritto in fig.1 risulta esemplificativo anche del modo in cui Greta passa da uno stato di estraneità a uno di esclusione, in cui prevale il timore di giudizio negativo che aumenta la

distanza interpersonale e conseguentemente la sensazione di minaccia fobica e la paura di perdere il controllo.

Il contatto sociale, soprattutto quello che ha l'utilizzo della voce come mediatore per la comunicazione (quindi anche fare una telefonata o rispondere al citofono) suscita in Greta una previsione talmente angosciata di perdita di controllo da pregiudicare qualsiasi soluzione diversa dalla fuga. Con un *arousal* così intenso l'interpretazione dello sguardo degli altri, quando non può essere evitato in alcun modo (ad esempio quando proviene dai conviventi), subisce l'influenza di processi cognitivo/emotivi quali l'attenzione selettiva, il pensiero dicotomico o *l'affect as information* e dunque viene letto come celato rimprovero o sprezzante conferma dell'inadeguatezza (es. fig.2).

| A | B | C |
|---|---|--|
| Voglio chiamare Anna per uscire insieme | Non so cosa dire, come dirlo | Simulo la telefonata nella mia mente, immaginando tutte le possibilità |
| A1 | B1 | C1 |
| C | Balbetterò, avrò la voce troppo bassa e mi chiederà mille volte di ripetere cosa ho detto Penserà che sono stupida e quindi mi dirà di no Se mi dice di no penserò tutto il giorno al motivo per cui me lo ha detto e a cosa ho sbagliato | Rimando la telefonata per giorni, non esco |
| A2 | B2 | C2 |
| C1 | Mia madre mi guarda storto La sto facendo preoccupare e la deludo Sono un disastro | Rimuginio ++, resto bloccata, in casa, non riesco a fare niente, a fare attenzione a niente, a decidere niente |

Fig.2 – es. stato di minaccia e transiti in stato di rifiuto/giudizio negativo previsto

La fuga da questi stati dolorosi si concretizza per Greta nella ricerca di forme di gratificazione solitaria (il nuoto non agonistico e la pittura) oppure nella relazione coi suoi gatti (ne ha 2 in casa e diversi altri che vivono nel suo giardino). A breve termine Greta trae da questi impegni abbastanza piacere da stabilizzare il suo umore; purtroppo basta una visita inaspettata o consumare un pasto in

famiglia per rendere saliente la differenza tra la sua quotidianità e quella dei suoi pari, con il conseguente crollo dell'autostima e l'attivarsi dei rimuginii autoinvalidanti.

Schemi

Gli stati descritti restituiscono una percezione piuttosto integrata della rappresentazione di sé di Greta, che percepisce se stessa come “diversa” e “inadeguata” e gli altri come “giudicanti” e “rifiutanti”.

Cicli interpersonali

La validità degli schemi viene confermata continuamente dall'andamento dei cicli interpersonali in cui Greta s'ingaggia, primo fra tutti il ciclo della diversità.

La sua idea di sé come aliena è così radicata da provocarle impaccio anche in una situazione sociale che non richiede di relazionarsi agli altri, come durante l'ascolto di una lezione accademica frontale (fig. 1). Sia che questo impaccio venga interpretato dall'altro come freddezza distante che come disagio interpersonale l'esito è scoraggiare ogni tipo di ingaggio confermando l'idea di alienazione iniziale.

La scarsa capacità di lettura degli altri inoltre conduce Greta a sperimentare uno stato di rifiuto, come in una sorta di profezia che si autoavvera, anche quando l'evento temuto non si verifica, aumentando la convinzione relativa all'ineluttabilità della propria condizione. In questo caso all'altro giunge spesso un segnale incoerente che può innescare nuovamente un ciclo distanziante oppure provocare effettivamente una valutazione negativa da parte dell'altro o una rottura nella relazione

Nell'episodio descritto in figura 2 infine, si può notare anche come siano pervasive in Greta le tematiche relative alle aspettative della sua famiglia riguardo i suoi risultati (senso di oppressione) e anche la sua paura che con il suo eventuale fallimento possa danneggiare effettivamente i familiari. Probabilmente per questo durante la sua permanenza fuori sede ha tenuto nascosto per molto tempo il suo stato e una volta rientrata, ha sviluppato la tendenza ad accontentare il più possibile le aspettative dei familiari nella speranza di evitarne le critiche, pur sperimentando di conseguenza rabbia e un importante senso di coercizione. La reazione depressiva o passivo-aggressiva a richieste a volte molto semplici finisce per provocare irritazione nell'altro che giudica Greta negativamente, confermando il suo schema di inadeguatezza/incomprensione.

Metacognizione

AUTORIFLESSIVITÀ

La narrazione risulta scarsa, scarna e opaca. Greta fallisce nell'identificazione delle emozioni e riporta esclusivamente somatizzazioni. Il dialogo interno è intellettualizzato, fatto di memorie semantiche in cui attribuisce una relazione diretta solo tra somatizzazioni ansiose ed eventi. Risulta una labile capacità di descrivere un singolo stato mentale entro una narrazione coerente e comprensibile cogliendone l'origine e l'evoluzione nel tempo da cui scaturisce una visione poco realistica del proprio funzionamento psicologico che deriva dalle descrizioni degli altri significativi e dai feedback sociali. Inoltre Greta considera il mondo uno specchio esatto dei propri timori e dei propri schemi.

COMPRESIONE DELLA MENTE ALTRUI

La narrazione è ricca di riferimenti ad emozioni, cognizioni e intenzioni altrui. Greta attribuisce agli altri maggiore complessità rispetto a se stessa e individua nessi e rapporti causa effetto tra le componenti degli stati mentali. Tuttavia attribuisce loro scopi e credenze propri, prescindendo dai fattori ambientali e dai segnali sociali contingenti. Le rappresentazioni di sé e dell'altro, per quanto negative e dolorose, appaiono integrate e coerenti.

MASTERY

Greta mostra un utilizzo prevalente di strategie di evitamento e ritiro grazie alle quali sperimenta stati di benessere solitario. La scarsa capacità di regolazione le induce timore dell'attivazione cognitiva ed emotiva (ruminazioni e rimuginii). Per quanto mostri disponibilità a criticare il proprio pensiero/modello comportamentale ha scarsa fiducia in questa strategia e non la predilige.

Scelte

La regolazione delle scelte è completamente sbilanciata sul desiderio di soddisfare le aspettative altrui, anche perché Greta ha scarso accesso al suo bisogno personale e i suoi valori ideali sembrano identificarsi del tutto con quelli dei suoi genitori (soprattutto il padre) perché possano essere fieri di lei.

Fattori e processi di mantenimento

Greta ha una rappresentazione stabile di sé come diversa e inadeguata che incide sulla regolazione delle scelte in termini di evitamento degli stati dolorosi e dei cicli problematici permanendo in una condizione di gratificazione solitaria e di assenza di ambizione. A lungo termine la fobia degli stati emotivi e il ritiro sociale progressivo che ne sono la conseguenza non hanno fatto che amplificare e mantenere la disfunzione metacognitiva che sta alla base della distanza interpersonale, aumentando il rischio di fallimenti relazionali e la conseguente sperimentazione

degli stati temuti. Inoltre Greta, vista anche la sua età anagrafica e la condizione abitativa interna alla famiglia d'origine, deve fare i conti con le aspettative dei suoi parenti e con il suo stesso desiderio di stringere nuove amicizie, fare nuove esperienze e di sembrare uguale agli altri, tutte cose che rendono instabile la sua omeostasi solitaria. Quando però Greta si affaccia nel mondo non mostra di padroneggiare nessuno strumento di regolazione emotiva o di efficacia interpersonale che le facciano da protezione dai cicli interpersonali problematici e utilizza come unica strategia di coping possibile il ritorno all'evitamento e al ritiro. L'accumularsi di esperienze fallimentari che seguono sempre lo stesso schema, oltre a rinforzare la sua idea di non appartenenza, acquiscono il senso di impotenza e di ineluttabilità del suo stato e i sentimenti depressivi direttamente connessi.

Scompenso

Lo scompenso è avvenuto nel momento in cui Greta ha lasciato la città d'origine per fare l'università fuori sede. Il cambiamento di ambiente e la delusione delle aspettative riguardo la relazione con il padre (con cui avrebbe passato molto più tempo da sola "*come quando ero piccola*") hanno provocato l'acuirsi di stati di minaccia di fallimento e perdita di controllo e conseguentemente una serie di fallimenti relazionali che hanno portato Greta a un progressivo ritiro di cui i genitori si sono accorti solo dopo alcuni mesi.

Vulnerabilità

Storica: Esperienze ripetute di difficoltà interpersonali durante tutto il percorso scolastico. La perdita del padre come figura di riferimento e accudimento quando ha iniziato a lavorare fuori città. Il padre inoltre, che lei percepisce come simile a lei, perché coartato, mostra un funzionamento di tipo narcisistico molto portato alla ricerca della diversità in termini di eccellenza, al disprezzo degli altri e all'educazione attraverso l'umiliazione. Il perseguimento di successo ed eccellenza sono parte preponderante dei miti familiari.

Attuale: Greta sta soffrendo un riacutizzarsi della balbuzie che aveva alle elementari. Avendo lasciato l'università e la rete sociale pre-universitaria ha molto tempo libero. La madre invade spesso i suoi spazi di vita privata. Il padre disapprova e contrasta la psicoterapia.

Terapia

La terapia è al momento conclusa. Escludendo la fase di assessment psicodiagnostico, ha compreso circa 36 incontri, che si sono svolti nell'arco di 10 mesi e due follow up che si sono svolti a 2 e 6 mesi di distanza dall'incontro conclusivo. Si è svolta seguendo le seguenti fasi:

1. Costruzione della relazione terapeutica

Durante la restituzione dell'assessment sembrava si fosse già innescata un'intesa con Greta così come sembrava chiaro l'accordo rispetto agli obiettivi terapeutici, tuttavia i primi mesi di lavoro sono stati molto complicati. Greta, naturalmente, agiva i suoi cicli anche durante gli incontri di psicoterapia. Sebbene fosse molto volenterosa e accondiscendente, il suo sorriso rigido, spesso incoerente con la narrazione appariva inquietante oltre a renderla emotivamente distante e distanziante, inavvicinabile. Ne conseguiva la mia percezione di trovarmi disarmata, impotente come se potessi stare solo in attesa del suo segnale. Quando il segnale arrivava poi, risultava spesso goffo o imbarazzato provocandomi un forte desiderio di accudimento (non in forma cooperativa ma sostitutiva), al punto da indurmi a un linguaggio e un atteggiamento più adatto a un bambino o a un inetto. Inoltre, vista la sua tendenza a minimizzare ogni problematicità dietro a una narrazione di apparente ottimo adattamento, mi sono trovata a sperimentare una certa tendenza a trattenermi dal farla entrare in contatto con tematiche dolorose, per non rompere il suo incanto.

2. Incremento del funzionamento metacognitivo

Gestito il ciclo a partire dalla restituzione della mia sensazione di impotenza e dell'incoerenza dei contenuti delle sue narrazioni con la rigidità delle sue espressioni e atteggiamenti stereotipati; siamo riuscite a lavorare sulla gestione degli stati emotivi partendo dal corpo (respirazione diaframmatica ma soprattutto rilassamento muscolare progressivo) e sul potenziamento della consapevolezza degli stati interni attraverso la compilazione di un diario emotivo progressivamente sempre più complesso che ha accompagnato poi anche le fasi più avanzate della terapia (dalla sola componente somatica e durata dello stato problematico, attraverso il classico ABC, fino al controllo ai fatti).

Parallelamente a questo, e man mano che Greta imparava a riconoscere le emozioni, si è svolto un lavoro di psicoeducazione a supporto della stimolazione delle abilità di monitoraggio, decentramento e differenziazione. Non appena Greta si è sentita sicura all'interno della relazione si è rivelata incredibilmente intelligente, matura e accessibile, in grado di sostenere un lavoro terapeutico intenso. Nonostante questo ha mantenuto a lungo la tendenza ad avere un'attenzione selettiva per gli episodi con buon esito e ad evitare le esperienze dolorose.

Per questa ragione ho cercato un modo delicato per mostrarle come il fatto di vivere in una bolla protetta e poco problematica non soddisfacesse i suoi bisogni, e ricordarle gli obiettivi di vita che

aveva mostrato di avere quando era in fase depressiva e che emergevano tutte le volte che ci trovavamo ad approfondire anche gli episodi positivi inseriti nel diario.

L'*imagery* del bambino solo per strada è stato uno strumento utilissimo a questo scopo, la tecnica ha permesso di attivare in seduta lo schema di deprivazione emotiva in una situazione sicura, discuterne le componenti, soprattutto le tendenze all'azione, e di sperimentare le conseguenze di un coping alternativo, accidentale ed efficace. Questo tipo di tecnica dunque è risultata molto efficace per stimolare l'*insight* di Greta e la sua motivazione al cambiamento, al punto da scegliere di utilizzare i *mode* della *Schema Therapy* anche per la costruzione di un modello di funzionamento condiviso.

3. Consapevolezza e modificazione degli schemi patogeni

Durante questa fase si sono presentate delle difficoltà importanti riguardo la priorità degli obiettivi terapeutici. I genitori di Greta infatti si mostravano preoccupati degli esiti della terapia soprattutto in relazione al loro obiettivo primario, che sembrava essere il ritorno della figlia all'università. Le tecniche della *schema therapy* sono risultate molto utili anche in questo caso, prima per la comprensione e gestione degli stati problematici in atto (tecnica delle sedie, colloquio con il *mode*) e poi per l'integrazione del funzionamento all'interno della storia di vita di Greta (*imagery with rescripting*, *role playing*, utilizzo degli album di fotografie). Gli esiti di questa fase hanno facilitato il lavoro sulla regolazione delle scelte che si è svolto nell'ultima fase della terapia, a seguito di una fase di psicoeducazione ed una di analisi delle modalità di decision-making caratteristiche della personalità di Greta. Tramite l'utilizzo delle tecniche ACT relative al riconoscimento dei valori (epitaffio, questionario sui valori), della tecnica DEAR MAN interna al modulo di efficacia interpersonale dello *Skills training* di Marsha Linehan e della costruzione di schemi pro e contro (di fare/non fare una determinata cosa) Greta ha preso delle decisioni riguardo il suo futuro accademico e le ha comunicate ai suoi genitori.

4. Stabilizzazione e prevenzione delle ricadute

La discussione approfondita in merito agli scopi di vita (individuati con il questionario) e lo svolgimento dell'intero modulo di efficacia interpersonale (oltre il DEARMAN) hanno costituito il nucleo centrale dell'ultima fase di terapia, dedicata al consolidamento dei cambiamenti in atto e alla prevenzione delle ricadute.

Esiti

All'ultimo *follow up* Greta ha raccontato di star preparando gli esami del primo semestre nella nuova università, sempre fuori sede ma in una città vicina a quella di origine, di riconoscere spesso i temi e le trappole discusse in terapia ma di avere la sensazione di averne il controllo e di sentirsi abbastanza forte. Di aver mantenuto il gruppo di amici del corso di nuoto e aver ricominciato a frequentare il ragazzo con cui aveva smesso di uscire alla fine della scuola superiore.

Chiara Labate

Psicologa-Psicoterapeuta, Associazione Ecopoiesis (RC)

Specializzata a Reggio Calabria, training Fiore e Procacci

e- mail: labatechiara@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Azzurra, nel profondo blu: una storia di traumi e Traumi

Miriam Maraldi¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (SPC Roma)

Riassunto

Viene presentato il caso di un a giovane donna con una storia di traumi “t”, legati ad una relazione con il caregiver principale caratterizzata da imprevedibilità, e traumi “T”, legati invece ad episodi di abuso subiti durante l’infanzia.

Vengono descritti gli stati mentali problematici prevalenti (allerta/pericolo e accudimento mancato/solitudine), i cicli interpersonali disfunzionali, gli evitamenti, le somatizzazioni e le memorie traumatiche non elaborate.

L’intervento trattamentale proposto integra, in una cornice cognitivo-comportamentale, elementi della Terapia Metacognitiva Interpersonale e della Terapia EMDR.

Parole chiave: Disturbo post-traumatico da stress, TCC, TMI, EMDR

Summary

The case of a young woman is presented with a history of "t" traumas, linked to the relationship with the main caregiver characterized by unpredictability, and "T" traumas, linked instead to episodes of abuse during childhood.

Principal problematic mental states (alert/danger and carelessness/loneliness), dysfunctional interpersonal cycles, avoidances, somatizations and unprocessed traumatic memories are described.

The proposed treatment intervention integrates, in a CBT framework, elements of Metacognitive Interpersonal Therapy and EMDR Therapy.

Key words: Post Traumatic Stress Disorder, CBT, MIT, EMDR

Miriam Maraldi., Azzurra nel profondo blu, N. 21, 2018, pp. 127-142.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Introduzione

Azzurra è una giovane donna di 27 anni, vive in una città del centro Italia, lavora come amministrativa, ha inoltre un secondo lavoro come addestratrice di cani e la notte studia, per laurearsi e ha la media del trenta. Da cinque anni vive insieme al fidanzato Gabriele, coetaneo, col quale sono andati a convivere piuttosto presto perché Azzurra sentiva la necessità di andare via da casa.

La famiglia di origine è composta dal padre, dipendente di una grande azienda, dalla madre, assicuratrice e dalla sorella minore Claudia. I genitori si sono separati conflittualmente quando Azzurra aveva 9 anni. Il padre aveva una relazione con un'altra donna, che è tutt'ora la sua compagna. Anche la madre aveva intrapreso un'altra relazione significativa, conclusasi da un paio di anni con una separazione conflittuale, da cui era nato un altro fratello, Giacomo. In seguito alla separazione, il padre andò a vivere con la nuova compagna, e le due figlie con la madre e successivamente anche con il nuovo compagno della madre e il figlio nato da questa unione. Azzurra riporta che la madre ha molto probabilmente un disturbo bipolare e che, le volte che un clinico le ha diagnosticato questo problema, avrebbe interrotto la terapia.

La paziente arriva a chiedere un consulto autonomamente; la seguo presso il mio studio privato. Non ha mai seguito altri percorsi psicoterapici né di consultazione psichiatrica. Si presenta in prima seduta curata e semplice nell'aspetto, con lo sguardo algido, inizialmente basso. Appare una decisa discrepanza comunicativa, come vi fossero due canali: da un lato parla di sé con distanza, come se parlasse di un'altra persona, con un'emozionalità fredda e distaccata; al contempo, il corpo comunica agitazione e inquietudine, le mani intrecciate che si muovono nervose, attorcigliando una sciarpa. È orientata, presenta un buon eloquio, sebbene abbia un tono di voce piuttosto basso. Il flusso del pensiero è lineare. Dice di sé di sapere che appare agli altri come imperturbabile, ma si sente invece "come un vaso che accoglie tutto, senza sentire niente, e ora però sta facendo fatica, perché sembra non entrarci più nulla".

Elementi salienti della storia di vita

Indagando la storia di vita e delle relazioni significative, emerge che l'aspetto caratterizzante del rapporto con la mamma è sempre stato costituito dal tema dell'imprevedibilità. Già da prima della separazione, ma soprattutto a seguito della stessa, Azzurra ha dovuto gestire le potenti e drammatiche oscillazioni di umore della madre, nel tentativo disperato di essere "parafulmine"

anche per i fratelli minori. La mamma, descritta come giudicante, poco affettiva (“Pensi che in tutta la vita mi ha baciata una volta, quando ero ricoverata, ancora me lo ricordo!”) passava da momenti di tristezza cupa e rabbiosa, ad altri in cui era più euforica ma irascibile. Della madre ricorda il tono di voce sprezzante e l’immagine mentale di un’espressione del viso, che definisce “maligna” e che la terrorizzava; soprattutto si spaventava perché non capiva neppure di cosa doveva aver paura. Azzurra ha imparato non solo a controllare ma anche a prevedere queste oscillazioni, prestando estrema considerazione per ogni minimo dettaglio, sviluppando un’attenzione, che potremmo definire selettiva, per aspetti quali il cambio di espressione del viso, mutamenti nel tono della voce, freneticità dei movimenti, tutto ciò che insomma poteva essere indizio di un cambiamento emotivo imminente. Da piccola cercava di utilizzare ciò che era a sua disposizione per tenere sotto controllo l’umore della madre (“Non vedevo l’ora di prendere un bel voto, lo usavo per cambiare le emozioni di mamma”).

Quando era bambina non aveva certo gli strumenti per fronteggiare queste oscillazioni, dunque ha imparato a gestirle attraverso un atteggiamento di compiacenza, cercando sempre di anticipare o di allinearsi con quanto la madre desiderava (“Se non mi allineavo con quello che mamma voleva, potevano accadere cose brutte”), sia per non farle avere ulteriori sbalzi d’umore, sia per non farla arrabbiare troppo, anche perché in quelle situazioni spesso perdeva il controllo e aveva atteggiamenti aggressivi. La paziente riporta che viveva in un costante stato mentale di allerta per una possibile minaccia imminente, che le permane ancora oggi. Ricorda anche che nei momenti di difficoltà o tristezza doveva “consolarsi da sola”. Quando ripensa a se stessa bambina, prova un forte sentimento di pena. Un valore positivo che sente le sia stato trasmesso dalla madre è l’amore per gli animali (“mia madre dormiva coi gatti per calmarsi”). In qualità di primogenita inoltre Azzurra ha sempre sentito forte la responsabilità su di sé di proteggere la sorella e il fratello più piccoli e all’interno del sistema familiare è stata sempre percepita come quella capace di “reggere”.

Rispetto al padre Azzurra riferisce di averlo sempre sentito più affettivo, permissivo, mai severo, ma comunque distante, non era presente nei momenti di bisogno. Inoltre, un tema di rilievo lo assume la separazione, a seguito della quale sente che il padre era consapevole di aver lasciato lei e sua sorella Claudia nelle mani di una mamma in forte difficoltà emotiva e psicologica. Azzurra ad oggi sente e valuta questo aspetto come ingiusto, provandone rabbia, ma da bambina sentì invece un forte senso di abbandono da parte del padre (“Perché ci ha lasciate con lei?”).

Dal momento della separazione dei genitori, inoltre, la vita di Azzurra e della secondogenita Claudia è stata come suddivisa in due mondi incomunicabili, incompatibili e non integrabili: di

fatto, quando andava nei week-end o nei giorni stabiliti, a stare a casa del padre, al rientro a casa dalla mamma Azzurra non poteva assolutamente fare alcun riferimento a quanto vissuto, altrimenti sarebbe stata duramente attaccata e giudicata; la mamma faceva domande sarcastiche e aggressive (“Ah, e così da papà ti sei divertita?”), ironiche, svalutanti relativamente al padre e alla compagna e la paziente si sentiva utilizzata per avere informazioni. Crescendo, Azzurra ha iniziato a non raccontare alla madre di tutte le volte che andava a trovare il padre, sentendosi però come in una situazione di tradimento.

Il comportamento appreso di Azzurra è quello di compiacenza dei bisogni dell'altro, e di non ascolto dei propri bisogni emotivi ed anche fisici. Ad esempio, quando aveva 16 anni è stata per giorni con un forte dolore addominale, senza farne parola con nessuno, perché era un momento molto critico in cui si stava occupando più intensamente del solito del fratellino Giacomo; un giorno si sentì ancora più male, ma non voleva andare in ospedale perché stava andando appunto a prendere il fratello, ma cadde e la portarono al pronto soccorso dove l'operarono di urgenza. In quell'occasione ricorda tra l'altro che, nuovamente, il padre la lasciò sola (“è passato a trovarmi al volo, poi è andato ad una cena coi suoi amici”).

Quando la paziente aveva un'età compresa tra gli 8 e i 12 anni, racconta - dapprima senza entrare in dettagli, poi via via dando spazio a una condivisione più ampia - di aver subito abusi sessuali da parte di un familiare, e che nessuno si sarebbe accorto di questa situazione. Questa esperienza le ha consolidato un sistema di hyperarousal e uno stato di allerta costante, una difficoltà alla vicinanza fisica e aspetti di distacco e dissociazione.

Descrizione del problema

La paziente riporta una serie di problematiche, le quali si influenzano vicendevolmente, e che possiamo descrivere all'interno delle seguenti aree:

- Problemi comunicativi e interpersonali. Azzurra riporta fin da subito di “preferire il rapporto con gli animali a quello con gli umani”; in particolare, tra i primi problemi presenta quello di non saper gestire una comunicazione efficace, soprattutto non è in grado di esprimere rifiuto/disaccordo, né sapere far presenti i propri bisogni in maniera assertiva. Nel tempo ha sviluppato modalità di compiacenza verso l'altro, tanto che ad oggi riferisce di non chiedersi neppure più di cosa ha bisogno, cosa le interessa e cosa prova; inoltre sostiene che secondo lei gli altri la percepiscono come una persona “buona”, mentre a suo dire la verità è che non prova nulla, quasi per nessuno (appiattimento affettivo). Di fatto presenta una moderata difficoltà nell' automonitoraggio emotivo,

ma anche nella definizione di una identità personale (“Non sono capace di dire come sono fatta, come mi sento, cosa mi va bene...non me lo chiedo mai”). La paziente riporta inoltre di provare un senso di lontananza, di distacco e freddezza nei confronti degli altri e una certa mancanza di interesse nelle relazioni. A livello emotivo, sente una sostanziale anestesia emotiva (“non provo nulla, da piccola mi sono abituata a non voler provare nulla, era meglio così”), spesso si sente come indifferente e priva di desideri affettivi, forse per un’incapacità nel discriminare le emozioni. In situazioni che sa che dovrebbero essere caratterizzate da gioia/piacere (festa con gli amici, regalo del fidanzato, ecc.), cerca di sforzarsi, di indursi uno stato emotivo congruente. In tutti questi anni successivi alla separazione dei genitori, Azzurra riferisce di essersi sentita costantemente una sorta di “parafulmine” per le problematiche psicologiche della madre e rispetto alle diverse relazioni tra i membri della famiglia, che tutti la identificano con “quella forte” e che lei ci tiene a non perdere questa immagine.

- Difficoltà inerenti la sfera corporea e somatizzazioni. Come prima informazione riporta di stare da poco prendendo un farmaco che le possa stimolare il ciclo, perché da dieci mesi presenta amenorrea. Da un anno e mezzo col fidanzato stanno provando ad avere un figlio e questo problema la fa sentire responsabile. Soffre inoltre di Disturbi del sonno (insonnia, o comunque un sonno non ristoratore) e della sindrome delle gambe senza riposo (RLS, Restless Legs Syndrome o sindrome di Willis-Ekbom), e ha il suo principale sintomo nella voglia irrefrenabile di muovere le gambe, accompagnata solitamente ad un dolore, formicolio o sensazioni strane agli arti inferiori, che si manifestano a riposo e prevalentemente alla sera o inizio della notte. Questi sintomi le impediscono di dormire.

- “Traumi” e “traumi”; Ricordi di tipo traumatico non elaborati. Gli aspetti traumatici che la paziente presenta sono relativi a due versanti, entrambi comunque caratterizzati da vissuti di impotenza e da situazioni/eventi vissuti come emotivamente non sostenibili:

a) da un lato troviamo i cosiddetti traumi con la “t minuscola” o piccoli traumi che corrispondono a esperienze traumatiche non estreme, eventi di vita meno catastrofici, con una percezione intensa di pericolo ma non per questo meno traumatici se costanti, ripetitivi e cumulativi; nel caso di Azzurra si tratta di eventi relazionali precoci, ripetuti sistematicamente nel tempo (“sviluppo traumatico”), avvenuti all’interno delle relazioni familiari e con le figure di attaccamento, in particolare nel rapporto con la madre che presentava (e presenta a tutt’oggi) un umore/comportamento fortemente oscillanti ed imprevedibili; il suo sviluppo emotivo è stato

costellato da condizioni di neglect come forma di trascuratezza emotiva (è stato invece sempre garantito un adeguato accudimento materiale);

b) dall'altro, traumi con la "T maiuscola" o grandi traumi corrispondenti a esperienze traumatiche di natura estrema che comprendono la percezione di pericolo al corpo, attacco al sé, che portano alla morte o minaccia all'integrità fisica propria o delle persone care. Azzurra riporta dapprima a grandi linee, fino poi a riuscire ad accedere a contenuti di sempre maggiore dettaglio, episodi di abuso sessuale da parte di un familiare, verso il quale sente comunque di provare sentimenti anche opposti, del tipo "lo detesto, ma provo compassione". Riporta anche alcuni episodi in cui avrebbe cercato l'aiuto di altri adulti, senza però essere compresa: ricorda ad esempio di un giorno, in cui questo familiare si era masturbato in sua presenza, e poi l'aveva accarezzata; lei scappò piangendo, chiedendo aiuto alla zia, dicendole "Lui mi mette le mani addosso!". La zia fraintese, e riprese questo familiare dicendogli "non si picchiano i bambini!". Questo evento ha favorito in Azzurra anche una forte sensazione di essere una persona incompresa e inaiutabile. Nella narrazione appaiono evidenti manifestazioni somatiche di paura e di disgusto. Probabilmente attraverso forme di memoria sensoriale/implicita, in maniera autonoma collega questi eventi ad una sua attuale difficoltà relativa al contatto fisico, anche minimo, soprattutto (anche se non esclusivamente) con persone di genere maschile e al suo pressoché totale disinteresse, quando non addirittura disgusto, per l'intimità sessuale col suo compagno, anche se con lui accetta il contatto perché sente che non la può danneggiare.

La paziente racconta della sua difficoltà a mantenere relazioni interpersonali di varia natura a causa del suo timore legato alla vicinanza prossemica.

Per approfondire la fase di assessment, oltre al colloquio clinico e ad un questionario anamnestico, sono stati somministrati alla paziente i seguenti test di valutazione psicodiagnostica:

- MMPI-2. I valori soprasoglia nelle scale cliniche di base sono: Hs (ipocondria, .75) e Hy (Isteria, .85) che indicherebbero la tendenza a somatizzare; D (depressione, .75), indica la presenza di sintomi di tipo depressivo; Si (Social Introversión, .67) indica le difficoltà che la paziente riscontra nei rapporti con gli altri.

- MCMI-III (v. Allegato 1.2), in cui si notano soprasoglia i valori relativi a tratti di personalità schizoidi e compulsivi (Asse II) e Disturbi Somatoformi e distimia (Asse I); troviamo invece sottosoglia il PTSD (.60).

- PID 5 – Personality Inventory for DSM 5, troviamo alti i Domini di Affettività negativa e Distacco; tra i sottodomini (o facets) emergono sottomissione, affettività coartata, anedonia e ansiosità.

- Questionario SCID II, evidenzia la presenza di tratti passivo-aggressivi (4; criterio min. 4) e schizoidi (5; criterio min. 4), confermata anche dall'approfondimento con la relativa Intervista SCID-II.

- DES, non emergono punteggi significativi che indichino una marcata presenza di esperienze dissociative, ma comunque troviamo informazioni clinicamente interessanti. In particolare per quanto riguarda la memoria (che sappiamo essere strettamente correlata a fenomeni di disgregazione della coscienza): la paziente risponde che a volte si “perde” o non ricorda tragitti o stralci di conversazione, ma soprattutto che non ha alcun ricordo di eventi importanti della propria vita (risponde 90%).

In sintesi, la paziente è stata esposta a traumi multipli e presenta sintomi intrusivi correlati all'evento traumatico (flashback, ricordi intrusivi); marcate reazioni fisiologiche all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico (ad esempio in seduta, quando racconta di un amico-uomo che le si avvicina troppo fisicamente, mostra un linguaggio non verbale molto chiaro di disagio e disgusto, sembra volersi distanziare fisicamente con la mano, inizia a provare un fastidio allo stomaco e sensazioni di nausea, si porta le mani al petto, come per protezione); evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico; alterazioni negative di pensieri ed emozioni associate all'evento traumatico; sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri (compromissione interpersonale) e incapacità di provare emozioni positive come felicità, soddisfazione; infine la paziente mostra stati di ottundimento emotivo (emotional numbing, “a volte mi sento persa come in un profondo blu, come quando vai sott'acqua, quando faccio sub... tutto è buio, quel silenzio strano nelle orecchie, non hai tanto orientamento”) e vuoti di memoria, anche considerevoli in termini temporali, rispetto a fatti o eventi dell'infanzia e dell'adolescenza, ad esempio non ha alcun ricordo autobiografico di tipo episodico del padre o della madre antecedente alla loro separazione, mostrando una confusione nelle narrazioni della sua infanzia, in cui i riferimenti mnestici sono per lo più semantici (“Mia madre era imprevedibile”). Anche nel corso della terapia è accaduto che non ricordasse nulla o quasi dell'incontro precedente in termini di memoria episodica, trattenendo invece memoria di significati condivisi in seduta.

Non sono presenti ideazioni/comportamenti suicidari o parasuicidari.

L'ipotesi diagnostica propende per un Disturbo post-traumatico da stress (PTSD), anche di tipo Complex (PTSDc) e per un profilo di personalità NAS, con prevalenza di tratti schizoidi e passivo-aggressivi.

Profilo interno del disturbo

La paziente mostra un profilo interno caratterizzato dai seguenti stati mentali:

a) Stato mentale di allerta/pericolo. Credenze: “Devo sempre stare in allerta, o qualcosa di terribile potrebbe accadere”; “L’altro potrebbe farmi male”; “Sono vulnerabile e non so se sono capace di proteggermi”. (Anti)scopo terminale: “Non deve assolutamente risucedere di sentirmi in pericolo”. (Anti)scopi strumentali: “Non permettere a nessuno di avvicinarsi troppo”; “Essere compiacente ma distaccata”.

b) Stato mentale di accudimento mancato/solitudine, caratterizzato emotivamente da rassegnazione, sentimenti di impotenza e rabbia. Credenza: “È inutile che mi chiedo di cosa ho bisogno, o che faccio presenti i miei bisogni, perché non c’è nessuno che può aiutarmi, devo pensarci sempre da sola!”; “Non è giusto, nessuno si interessa a me, neppure i miei genitori”. Scopo: Ricevere aiuto/attenzione e cure.

Per non entrare nello stato doloroso di accudimento mancato e solitudine, che gli rievoca ricordi traumatici della sua infanzia (specialmente nel rapporto con la madre), e data l’aspettativa sull’Altro che non l’aiuterà, Azzurra di fatto non esprime alcuna richiesta di aiuto.

| A | B | C |
|--|---|---|
| Mia madre mi chiama al telefono per sfogarsi | Devo fare qualcosa, devo farla ragionare Se non riesco a calmarla se la prenderà coi miei fratelli e non posso permetterlo | Preoccupazione, timore La ascolto, non vado più in palestra perché ormai è tardi |
| | B | C |
| | Non ce la faccio più Sono satura Nessuno pensa a me? Sono stanca di non essere pensata | Rassegnazione Rabbia Stringo i pugni, rispondo male |
| A2 | B2 | C2 |
| Rabbia Rispondo male | La rabbia è brutta, distrugge le persone Non è un’emozione che si può provare Non voglio essere così, sono | Tristezza Disprezzo di sé Tentativi di |

| | | |
|--|--|---|
| | una brutta persona Se mi arrabbio somiglio a mamma (<i>Laddering</i> → indegnità) | controllare/sopprimere la rabbia |
| A | B | C |
| Il collega mi mette la mano sulla spalla per salutarmi e si siede accanto a me per lavorare insieme sui dati al mio PC | (immagini mentali dell'abuso) ¹ | Ansia /Paura Disgusto Sudorazione, nodo in gola, tachicardia Percezione di irrealtà (Derealizzazione) Mi irrigidisco, mi ritraggo vado via, mi isolo in una bolla (Evitamento) Non riesco a lavorare, non combino nulla |
| A2 | B2 | C2 |
| Mi ritraggo e vado via | Lo so cosa penserà di me ma non mi importa niente, è più forte di me Ha ragione, sono fredda Ma preferisco che pensi che me la tiro, piuttosto che farmi toccare | “Non sento niente” > Mi ritraggo e vado via/Evitamento Senso di stanchezza Sembro bloccata |
| A2 | B2 | C2 |
| Non riesco a lavorare, non combino nulla | Non posso continuare così, la mia vita sta andando a rotoli Rischio di fallire pure nel lavoro dove invece sono sempre stata brava | Tristezza Frustrazione |

Fattori e processi di mantenimento

- Processi ricorsivi intrapsichici e stati mentali problematici. Azzurra presenta pensieri, emozioni e sensazioni fisiche disfunzionali, che rimangono stabili nel tempo e indipendenti dal mutare dei contesti. Sono già stati riportati nel profilo interno del disturbo, sotto forma di scopi e credenze, quegli stati mentali ed emotivi più pervasivi e costanti, che fungono anche da fattori di mantenimento: lo stato di accudimento mancato/solitudine; lo stato mentale di allerta/pericolo; le

¹ Questo è quanto avviene nel momento dei vissuti riferiti. Solo post hoc, in seduta, Azzurra riesce a ipotizzare/ricostruire dei pensieri del tipo “È troppo vicino; mi fanno schifo gli abbracci; ci risiamo, ogni volta come quella volta; Non posso non pensare a ciò che ho vissuto”; tuttavia nel momento in cui si svolge l’episodio narrato Azzurra “non pensa niente”, procede in modalità automatica ad una sorta di sovrapposizione tra l’immagine dell’abusante e l’immagine dell’Altro attuale, nel presente.

credenze disfunzionali; il pensiero negativo; l'affect as information, soprattutto sull'emozione di paura; l'ipergeneralizzazione sulle condizioni di pericolo.

- Cicli interpersonali disfunzionali. Azzurra si relaziona all'altro con una serie di aspettative negative, rigide e pervasive, che generano atteggiamenti e reazioni emotivo-comportamentali, coerenti con le proprie previsioni. Le due modalità relazionali pervasive che utilizza per stare con l'altro sono di distacco/analgesia, oppure di compiacenza/sottomissione. Questo circuito relazionale, pertanto, conferma nella paziente le proprie aspettative e mantiene stabili nel tempo le condizioni da cui origina l'attivazione del ciclo interpersonale disfunzionale. Qualora capiti che gli altri superino una sorta di soglia di tolleranza alla vicinanza di Azzurra, per esempio toccandole una spalla in segno di affetto, lei prova enorme disagio, si "congela" oppure mette in atto comportamenti di evitamento, per esempio andando via velocemente, o distanzianti dal punto di vista relazionale, irrigidendosi o invitando espressamente l'altro a una maggiore distanza. Questi comportamenti fanno sì che gli altri la giudichino come "altezzosa, snob, distaccata", aumentando di fatto la sensazione di disagio e il distacco relazionale.
- Evitamenti. Come anticipato al punto precedente, una delle strategie di risoluzione dei problemi relazionali che Azzurra intraprende è quella degli evitamenti, sottraendosi all'esperienza della vicinanza, sia affettiva che fisica con l'Altro e mostrando atteggiamenti di distacco (rifugge abbracci, baci, ecc.). Tale modalità di fatto mantiene il disturbo, per due ragioni: da una parte negandosi questa possibilità, Azzurra rafforza l'idea di non essere interessata/adequata alle relazioni interpersonali; dall'altra, la risposta di rifiuto/distacco che arriva all'altro, fa sì che quest'ultimo possa non solo giudicarla, ma anche assecondare questa sua apparente richiesta, aumentando la distanza relazionale.
- Estremo timore della prossimità fisica, dell'intimità e della vicinanza relazionale. La credenza di base, sviluppata sulla base di esperienze di vita a valenza traumatica, è "Se l'altro si avvicina troppo, mi può danneggiare". Il timore del contatto fisico le comporta notevoli problemi nella vita quotidiana, per esempio quando il suo collega di lavoro, le si siede accanto per lavorare insieme al computer, Azzurra sperimenta eccessiva reattività fisiologica in termini di iperarousal, sensazioni di vuoto e sintomi di derealizzazione che, naturalmente, la deconcentrano dal compito, portandola a compromettere le sue performance lavorative e professionali. Altro aspetto essenziale è che gli eventi traumatici che Azzurra ha vissuto, portano sempre insieme chi ha "commesso" (chi ha originato il trauma, attraverso per esempio comportamenti agiti), ma anche chi ha "omesso" (chi non si è accorto o peggio si è accorto ma non è intervenuto e, quindi,

non ha provveduto a tutelare). Ad esempio quando i genitori si sono separati, Azzurra si è ritrovata a vivere con la madre in evidente stato di disagio psicologico (dai racconti della paziente, sembrerebbe che la madre fosse in una fase di tipo ipomaniacale), e il padre, pur consapevole della situazione, di fatto non è intervenuto in alcun modo per porre rimedio o per ridurre il danno. Allo stesso modo, rispetto agli eventi di abuso che Azzurra ha subito nel corso del tempo da un familiare, nessuno si è accorto o comunque nessuno è intervenuto in suo supporto. È chiaro che esperienze multiple e ripetute di grave pericolo e di mancato soccorso, in cui non c'è nessuno che aiuta, possono aver generato nella mente di Azzurra l'idea che è sola, che deve stare costantemente in allerta e che non c'è nessuno che la proteggerà fino in fondo. Le stesse condizioni potrebbero aver favorito esperienze dissociative di distacco, come sistema di fronteggiamento del pericolo. In specifiche circostanze (vicinanza fisica a un collega, intimità col compagno, ecc.) Azzurra sperimenta infatti esperienze, di lieve intensità, relative al sentirsi distaccata o osservatrice esterna dei propri processi mentali (depersonalizzazione), così come la sensazione che il mondo esterno sia strano o irreali (derealizzazione). È importante tenere presente che questi aspetti le comportano molteplici difficoltà nella sfera intima e sessuale.

Scompenso ed esordio

La ricostruzione dell'origine dei disturbi, non può che partire dall'anamnesi e dalla storia di vita e degli apprendimenti relazionali. Lo sviluppo di Azzurra è stato costellato da eventi estremamente dolorosi e da meccanismi scompensanti: gli abusi subiti da un familiare; la conflittualità e la separazione dei genitori; il trasferimento in un'altra casa con un nuovo compagno della madre; la relazione con la madre che soffre di disturbo dell'umore (bipolare), una relazione che potremmo definire di "accudimento invertito", nella quale non solo le è stato richiesto fin da bambina di occuparsi di aspetti adulti (adultizzazione, doverizzazioni), ma ha dovuto imparare a gestire il tema dell'imprevedibilità, aspetto legato alle oscillazioni dell'umore della madre. Ciò che Azzurra da bambina ha imparato a fare, in una modalità funzionale a quelle che potevano essere le risorse e le vulnerabilità di una bambina/adolescente, è stato compiacere le richieste, per arginare il più possibile derive emotive e comportamentali della madre, che avrebbero avuto conseguenze su tutto il sistema familiare (in particolare sui fratelli minori); Azzurra ha imparato a non ascoltare in alcun modo le sue esigenze personali, assumendo una modalità relazionale di distacco. A questo processo di sviluppo traumatico intrafamiliare, si aggiungano le esperienze di abuso sessuale subite da un familiare, a più riprese e per un certo arco di tempo, quando Azzurra aveva 8/12 anni. Su questi

ricordi, che la Azzurra inizia con fatica a riportare, ci siamo mosse nel rispetto dei tempi, avendo però fin da subito condiviso con la paziente la disponibilità all'ascolto di questi aspetti. Azzurra ha mostrato su questo un grande sollievo, anche perché finora non ha condiviso con altri questo tema. L'evento recente che l'ha poi portata a chiedere un trattamento psicoterapico è un evento relazionale, relativo agli ultimi mesi. Sapendo che la madre non avrebbe preso bene la cosa, e decidendo di rendere anche a se stessa le cose più semplici, Azzurra chiede al padre di partecipare alla sua festa di fidanzamento da solo, senza la sua compagna. Di fatto, fa un tentativo di esprimere un bisogno personale, che però non trova rispondenza nel padre. Quest'ultimo infatti non solo le mostra risentimento, ma inizialmente le comunica di aver deciso di non partecipare alla festa, se non avesse invitato anche la compagna. Questa situazione ha generato nella paziente emozioni di tristezza ("Non posso pensare a quella festa senza il mio papà"), di rabbia ("Neppure per questo evento importante può mettere me davanti a tutto e tutti...È ingiusto!") e infine, forti sentimenti di colpa ("Ho messo in difficoltà mio padre, dovevo pensare prima a lui"; "Anche qui in terapia ho parlato male di mio padre").

Rispetto al futuro ha dei timori, in particolare di ordine relazionale: nello specifico si chiede se sarà in grado di costruirsi una famiglia, di sapersi avvicinare di più al suo compagno e, soprattutto, desidera e teme allo stesso tempo la possibilità di un'esperienza di genitorialità.

Vulnerabilità

Sulla base della storia di vita possiamo ipotizzare fattori predisponenti allo scompensamento e ai disturbi presentati (esperienze di vita, eventi, rapporti significativi, fattori interni).

Vulnerabilità storica: Madre con (probabile) disturbo bipolare. Troviamo qui due temi fondanti: quello dell'imprevedibilità della figura di accudimento, e quello dell'accudimento invertito; Probabile pattern di attaccamento insicuro-evitante; Separazione dei genitori altamente conflittuale; Ruolo all'interno delle relazioni intrafamiliari; Esperienze traumatiche di abuso psicofisico in età evolutiva.

Vulnerabilità attuale: Amenorrea/difficoltà ad avere un bambino; Anorgasmia secondaria; Ipervigilanza, marcate reazioni fisiologiche, disturbi del sonno e sindrome delle gambe senza riposo; festa di fidanzamento imminente e problema col padre; Sintomi intrusivi associati agli eventi traumatici, difficoltà in situazioni di contatto fisico, evitamenti.

Terapia

Contratto e scopi del trattamento

La paziente si è mostrata fin da subito molto motivata e cooperativa. La terapia procede con regolarità a cadenza settimanale. Nell'indagare le aspettative relative alla terapia, provo a sintetizzare ciò che la paziente riporta, nel corso dei diversi incontri (circa 3/4) centrati sull'individuazione degli obiettivi terapeutici.

“Voler trovare sollievo nell'esprimere ciò che ho sempre sentito, ma che non ho mai ascoltato. Devo capire ciò che penso e ciò che provo...non lo capisco quasi mai. Vorrei ascoltare il mio corpo, che spesso parla al posto mio. Vorrei provare a stare bene con gli altri, senza smettere di essere disponibile, in un modo diverso, non sempre sottomessa. Devo imparare a gustarmi gli attimi di felicità, senza paura che qualcosa di brutto possa accadere. Vorrei prendermi un abbraccio di un'amica senza esserne schifata. E infine devo vivere di più il presente”.

A questi obiettivi espressi, aggiungiamo anche che ci sono delle parti di sé e della sua storia che sono invece “bloccate” nel passato. A seguito della prima fase di conoscenza, anamnesi e assessment, convergiamo sui seguenti obiettivi terapeutici: a) Incrementare stili comunicativi più efficaci e assertivi; b) Imparare a monitorare i propri stati mentali ed emotivi; c) Imparare a identificare, discriminare e accettare le emozioni, in particolare la rabbia; d) Incrementare un maggiore senso di mastery e di stima di sé, lavorando sul problema secondario e stabilizzare una idea realistica di sé come persona competente, coerente e degna; e) Gestire in maniera funzionale le relazioni interpersonali, anche in termini di vicinanza/intimità; f) Lavorare sui ricordi traumatici non elaborati e sui sintomi dissociativi; g) Lavorare su aspetti, anche corporei, di reattività incontrollata, iperarousal, ipervigilanza ed evitamento, che si manifestano in specifiche situazioni di vicinanza, soprattutto in presenza di un “Altro maschile”.

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento

Nel piano terapeutico provo a delineare strategie e tecniche specifiche per ciascuna delle aree problematiche sopra citate come obiettivi del trattamento. All'interno di una cornice di stampo Cognitivo-comportamentale, mi prefiggo di utilizzare e integrare anche elementi specifici della Terapia Metacognitiva Interpersonale, per quanto riguarda l'intervento su aspetti di personalità, e di utilizzare tecniche di tipo bottom-up, quali il protocollo EMDR, per il lavoro sui ricordi traumatici più specifici.

Alleanza terapeutica. Stabilizzare, con prudenza, una buona relazione terapeutica, favorendo un clima collaborativo, fiduciario e di sicurezza per la paziente, anche attraverso l'Empirismo collaborativo.

Elementi del training assertivo. Gli scopi condivisi con Azzurra sono: di arrivare ad esprimere richieste e preferenze, mettere un confine alle richieste degli altri, avere rapporti interpersonali caratterizzati da autenticità e maggiore vicinanza relazionale.

Monitoraggio emotivo e cognitivo attraverso ABC e Laddering. L'allenamento nel comprendere i propri pensieri è fondamentale in quanto, attraverso questa procedura, la paziente può rendersi sempre più consapevole di come effettivamente si modifica il proprio stato emotivo, base indispensabile per una adeguata regolazione emotiva. A questo lavoro si è affiancata, in talune occasioni, la validazione, da parte della terapeuta, di stati emotivi che la paziente valutava come inaccettabili (questo in particolare sulle emozioni di rabbia e vergogna), imparando ad osservare senza giudicare i propri stati interni.

Ristrutturazione cognitiva delle distorsioni cognitive e delle credenze patogene. Abbiamo identificato gli errori di ragionamento (affect as information, ipergeneralizzazione), notando come sono sistematicamente legati ai temi di senso di sicurezza, fiducia in sé e negli altri, valore personale.

Intervento terapeutico sui cicli interpersonali attivi, che fungono da sistemi di mantenimento; le modalità relazionali che la paziente utilizza sono: a) distacco/analgesia (ciclo del "distacco"), tipico dei pazienti "coartati". La paziente mostra queste caratteristiche di chiusura, senso di estraneità e diversità nella relazione, che solitamente traduce in un sostanziale impaccio relazionale. Anche nella terapia noto una conversazione talvolta laconica, che sento di dover sollecitare e all'interno della quale difficilmente la paziente porta contenuti spontanei, ma piuttosto preferisce rispondere a miei stimoli. Immagino che questa modalità sia molto simile a quella che mette in atto, per esempio, con i suoi amici o col fidanzato. b) compiacenza/sottomissione (ciclo della "compiacenza"). Per evitare esiti, reazioni e comportamenti non-prevedibili messi in atto dall'Altro, Azzurra ha imparato a "giocare d'anticipo", cercando di rispondere e soddisfare tutti i bisogni e le richieste dell'altro, senza integrarle in alcun modo con le proprie. Chiaramente questo ciclo implica il fatto che la paziente faccia spesso cose che non desidera o non ritiene giuste, sperimentando poi una forte rabbia.

Interventi di psicoeducazione sugli evitamenti. Lo scopo è mostrare alla paziente che l'evitamento riduce l'ansia a breve termine, ma mantiene e alimenta la paura, impedendo

l'acquisizione di una nuova consapevolezza, cioè che le memorie traumatiche non sono pericolose di per sé.

Tecniche di grounding, per aiutare Azzurra a gestire gli stati dissociativi (quando riferisce di sentirsi in una bolla, o come in fondo al mare, in uno stato di ottundimento) e ancorarsi al momento presente e alla realtà circostante, utilizzando con maggiore dettaglio possibile gli stimoli esterni presenti (abbiamo lavorato, per esempio, sull'accarezzare il suo cane), i movimenti del corpo e i cinque sensi, facilitando l'orientamento spaziotemporale. Abbiamo utilizzato queste tecniche anche in preparazione del giorno della festa di fidanzamento, quando sarebbe stato presente tra gli invitati, il familiare/abusante e vi sarebbe stata la compresenza dei genitori. Le tecniche di grounding sono state pensate anche come propedeutiche agli interventi di esposizione.

Tecniche di esposizione guidate in imagery (e in vivo, come homework tra una seduta e l'altra), su situazioni di vicinanza non pericolosa nella vita attuale della paziente. Lo scopo è stato far familiarizzare la paziente con le situazioni temute, dapprima in un clima protetto. Partendo dai racconti delle memorie traumatiche, abbiamo inizialmente riflettuto sulla distinzione tra presente e passato, ridefinendo insieme i confini temporali degli eventi traumatici; successivamente abbiamo identificato quelle situazioni, che si presentano nella vita quotidiana odierna/presente della paziente, che non sono (più) pericolose in sé, ma che Azzurra evita per ricordo, associazione o per similitudine a ciò che ha subito (stati mentali associati al trauma). Abbiamo associato a queste situazioni anche delle frasi che Azzurra può dirsi sia per rassicurarsi e sentire di avere padronanza ("Ora sono grande", "Ora sono al sicuro, non può succedermi nulla"), ma anche per supportarla nel discriminare, sia cognitivamente che emotivamente, ciò che distingue il passato dal presente ("È la mia amica che mi sta toccando, non è più lui", "Io ho 27 anni ora, non sono più la bambina di tanti anni fa"). Questo ha permesso di intervenire sul senso di impotenza appresa.

Protocollo EMDR, con lo scopo di riprendere o riattivare l'elaborazione delle informazioni legate al trauma, per poter "lasciare il passato nel passato" e permetterne l'integrazione. Ho scelto di utilizzare questo approccio essenzialmente per lavorare sulle memorie traumatiche di abuso, che permettevano una circoscrizione spaziotemporale degli episodi più definita, preferendo invece trattare gli altri aspetti traumatici, più legati allo "sviluppo traumatico", con interventi CBT. La paziente ha identificato il suo Posto al sicuro, e si è proceduto con tutte le diverse fasi EMDR, utilizzando i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destra/sinistra, per ciascuna memoria che si era deciso di trattare, partendo da uno degli episodi meno disturbanti relativi all'abuso. Nei vari ricordi trattati è interessante notare come la cognizione negativa che

accompagnava l'immagine ritenuta più disturbante fosse "Sono ingenua, accondiscendente, stupida e vulnerabile". Nell'esplorazione della Cognizione positiva (quando pensa a quell'immagine, cosa le piacerebbe credere di sé in questo momento?) Azzurra ha riportato sempre "Ho fatto il meglio che potevo fare, sono stata una bambina adeguata". L'intervento con EMDR ha consentito ad Azzurra di vedere eventi della sua vita come "ricordi lontani", non più disturbanti o impattanti nel presente.

Valutazione di esito

La terapia con Azzurra, tuttora in corso, prosegue con gradualità e progressione da quasi un anno. Tutti i sintomi di somatizzazione si sono decisamente attenuati (insonnia, sindrome delle gambe senza riposo) o sono del tutto rientrati (amenorrea). È in essere il lavoro di integrazione delle memorie traumatiche e di adattamento funzionale agli scenari attuali non pericolosi, ma evocativi dei traumi; si sono sensibilmente ridotti l'iperattivazione e gli evitamenti. Attualmente Azzurra è in dolce attesa: questo evento, tanto desiderato, porta con sé anche molte paure, legate soprattutto al ruolo genitoriale, sulle quali abbiamo già iniziato a lavorare insieme.

Miriam Miraldi

Psicologa-Psicoterapeuta, Istituto don Calabria - Roma

Specializzata a Roma, training Nicolò e Rainone

e- mail: miriam.miraldi@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it

Miriam Maraldi., *Azzurra nel profondo blu*, N. 21, 2018, pp. 127-142.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it