

in-**psicoterapeuti** in-formazione

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

Numero 22, dicembre 2018

ISSN 2035-2328

CONTENUTI

Elisa Meraglia	<i>La CBT delle psicosi: importanza della relazione terapeutica</i>	pp. 3 - 30
Carlotta Bertini	<i>Coping Power Program per adolescenti.</i>	pp. 31 - 58
Jessica Fenotti	<i>Il bullismo e la pratica del perdono</i>	pp. 59-76

CASI CLINICI

Gloria Fioravanti	<i>Dissociazione e disturbi alimentari. Un caso trattato con tecniche di imagery</i>	pp. 77 - 87
Antonio Giglio	<i>L'amore responsabile di una madre</i>	pp. 88 - 102

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

La CBT delle Psicosi: l'importanza dell'alleanza terapeutica

Elisa Meraglia¹

¹psicoterapeuta cognitivo-comportamentale

Riassunto

Per molto tempo la psicosi è stata considerata una condizione biologica, insensibile a qualsiasi trattamento psicologico, così come la terapia cognitivo comportamentale veniva considerata come IL trattamento adatto solo per i disturbi d'ansia o per pazienti depressi e non adatto per quei pazienti che si dimostravano poco propensi ad un'alleanza terapeutica o a pazienti con sintomi molto invalidanti.

Quest'articolo mira a evidenziare l'importanza ed il progresso della TCC per il trattamento dei sintomi psicotici. Nella prima parte ci si sofferma brevemente sul significato del termine psicosi dalla metà dell'800 ad oggi. Nella seconda parte ci si focalizza sulle varie fasi previste dalla TCC per le psicosi, all'interno della quale maggior attenzione è posta sulla costruzione di una solida alleanza terapeutica, poiché essa è un requisito fondamentale per l'efficacia del trattamento, così come lo è il raggiungimento di un buon "insight", o meglio dire, un "insight bi personale".

Nell'ultima parte del lavoro si può annoverare una rassegna dei vari studi che confermano l'importanza e l'efficacia della TCC per i sintomi psicotici. I risultati della maggior parte di questi studi dimostrano come i partecipanti del gruppo sperimentale mostrano significativi miglioramenti rispetto al gruppo di controllo alla fine della terapia, sia in riferimento ai sintomi positivi che negativi, oltre che alla psicopatologia in senso più generico.

Parole Chiave: psicosi, TCC, alleanza terapeutica, insight, insight bi personale

Summary

For a long time, psychosis was considered a biological condition, insensitive to any psychological treatment, as well as behavioral cognitive therapy was considered to be the only treatment suitable for anxiety disorder or depressed patients, and not suitable for those patients who demonstrated little propensity for a therapeutic alliance or patients with very disabling symptoms.

This article aims to highlight the importance and progress of TCC for the treatment of psychotic symptoms. In the first part we briefly dwell on the meaning of the term psychosis from the mid '1800s to today. In the second part, we focus on the various phases of TCC for psychosis, in which more attention is given to the construction of a solid therapeutic alliance, since it is a key requirement for the effectiveness of treatment such as the achieving of a good insight or rather of a bi-personal insight.

In the last part of the work, a review of the various studies confirms the importance and effectiveness of TCC for psychotic symptoms. The results of most of these studies show that participants in the experimental group have significant improvements over the control group at the end of therapy, both in terms of positive and negative symptoms, as well as psychopathology in a more general sense.

Key words: treatment of psychosis, therapeutic alliance, positive and negative symptoms

Introduzione

“Pazzia” e “follia” sono stati i termini con cui i disturbi psicotici sono stati da sempre descritti in tutte le culture e in ogni tempo”

La parola psicosi entra nel linguaggio psichiatrico nella metà dell’800, periodo che coincide con una fase di passaggio storico cruciale, in cui la follia inizia ad essere considerata una malattia.

Emil Kreapelin (1856-1926) introdusse il termine di “*dementia praecox*” per indicare i soggetti che presentavano deliri, deterioramento cognitivo in età giovanile con decorso progressivo e cronico.

Successivamente, con *Bleuler Eugen* (1857-1939), come caratteristica distintiva di malattia venne individuata la frammentazione nella formulazione ed espressione del pensiero. Bleuler proponeva che questo fenomeno derivasse dalla perdita delle associazioni logiche; il disturbo fu quindi rinominato “schizofrenia” letteralmente “scissione delle mente”.

«... chiamo schizofrenia la *dementia praecox* perché, come spero di dimostrare, una delle sue caratteristiche più importanti è la scissione delle diverse funzioni psichiche ...» (E. Bleuler, 1911)

Bleuler fece una distinzione tra sintomi primari e sintomi secondari. Tra i sintomi primari si identificano le 4 A di Bleuler:

Sintomi primari:

Autismo

Ambivalenza

Appiattimento affettivo

Allentamento dei nessi associativi

Sintomi Secondari:

Deliri

Allucinazioni

Disturbi del linguaggio

Sintomi catatonici

Successivamente ci troviamo di fronte ad un ulteriore distinzione fatta da *Kurt Schneider* (1887-1967):

Sintomi di *Primo ordine*, che comprendono:

- Eco del pensiero
- Voci che commentano le azioni del paziente
- Voci che discutono tra di loro riferite al paziente

- Esperienze di influenzamento e di controllo esterno delle emozioni, degli impulsi, della volontà;
- Furto del pensiero e trasmissione del pensiero

Sintomi di *Secondo Ordine*, che comprendono:

- Altri disturbi delle percezioni
- Perplessità
- Impoverimento affettivo
- Cambiamento d'umore in sensi depressivo o euforico

Nel 1980, *Crow*, propone una distinzione dei pazienti schizofrenici in tipo I e II, in base alla presenza di sintomi positivi per il tipo I (deliri e allucinazioni) e di sintomi negativi per il tipo II (appiattimento affettivo, alogia, abulia, blocco mentale, scarsa cura di sé, isolamento sociale, anedonia). Successivamente viene aggiunta una terza categoria, quella disorganizzata, e include la disorganizzazione del linguaggio e del comportamento, deficit cognitivi e dell'attenzione.

Se viene seguita questa classificazione, i sintomi psicotici possono essere raggruppati in tre dimensioni:

- Trasformazione della realtà che sul piano clinico si manifesta con l'ampia gamma di sintomi positivi
- Impoverimento ideo-affettivo che sul piano clinico si manifesta con i sintomi negativi
- Disorganizzazione con alterazioni linguistiche e di ragionamento che appare illogico e caotico

Nel 1985 *Carpenter et al.* fecero un'altra distinzione tra:

- Sintomi Negativi Primari, che sono transitori o fasici, persistenti o deficitari
- Sintomi Negativi Secondari: depressione, effetti Extrapiramidali dei neurolettici, ipostimolazione ambientale, sintomi positivi, malattie organiche concomitanti.

Nelle attuali descrizioni diagnostiche, quali DSM 5 e ICD, è sempre evidenziata la presenza dei sintomi positivi.

Le psicosi vengono distinti dalle psicosi organiche indotte da sostanze o da altre malattie e la distinzione tra psicosi non affettive ed affettive si è assottigliata (Huber et al., 1992; van Os et al., 2000). Nel DSM 5 accanto alla descrizione categoriale viene affiancata una descrizione dimensionale dei segni e sintomi più importanti, più utili per differenziare le forme secondo fase o stadio di malattia. Il DSM V assume un atteggiamento a spettro nei riguardi della schizofrenia e degli altri disturbi psicotici, in cui tutti i disturbi sono definiti dalla presenza di uno o più dei

seguenti 5 domini: 1) deliri; 2) allucinazioni; 3) pensiero (o eloquio) disorganizzato; 4) comportamento motorio disorganizzato o anormale e 5) sintomi negativi. Le persone ricevono una diagnosi sullo spettro a seconda del numero e del grado dei deficit, a partire dal disturbo schizotipico di personalità caratterizzato da sintomi di bizzaria e stravaganza ma senza interruzione dell'esame di realtà, alla schizofrenia, nella quale le allucinazioni e i deliri sono preminenti. La presenza o l'assenza di sintomi relativi all'umore insieme alle psicosi modifica la diagnosi e ha valore prognostico in termini di considerazioni sul decorso e sul trattamento.

La ricollocazione di questi disturbi nella parte iniziale del DSM 5 indica la forte relazione con disturbi neurocognitivi e la probabilità di un forte legame genetico tra i disturbi psicotici.

Le psicosi, e in modo particolare le schizofrenie, (forma più grave di psicosi), sono caratterizzate da una moltitudine di altri disturbi in varie dimensioni psicopatologiche, come il processo di elaborazione delle informazioni, gli affetti, la personalità e il livello di funzionamento.

A tal proposito, una delle caratteristiche ritenute indicative della psicosi è il presentarsi di “*sintomi* che al vissuto della persona colpita si aggiungono con il carattere della novità, da qui “*sintomi positivi*”, spesso seguite da un difetto nell'esame di realtà e dalla mancanza di *insight* (coscienza di malattia).

A far parte di questa categoria vi sono anche:

- Delirio: convinzioni false, irreali, con carattere di convinzione assoluta, come il delirio di persecuzione. Da questi scaturisce un'altra distinzione: i “*disturbi dell'io*”, nei quali i propri pensieri, le proprie sensazioni e azioni sembrano essere sotto un controllo esterno (delirio bizzarro).
- Allucinazioni
- Linguaggio disorganizzato
- Disturbi formali del pensiero: possono presentarsi in varie forme: allentamento dei nessi associativi, intrusioni fino alla dissociazione, insalata di parole;
- Sintomatologia disorganizzata/catatonica: attività motoria disorganizzata, mancante o in eccessi (stereotipie, manierismi, imitazione automatica dei movimenti e dei gesti degli altri, assenza di movimento o reazioni, ecc).

E' importante sottolineare che la presenza di allucinazioni o deliri non é necessariamente indice di schizofrenia; questi stessi sintomi possono essere presenti nelle persone che abusano di alcool o droghe o che soffrono di depressione grave, mania, danni cerebrali o altre malattie mediche.

Accanto a questo hanno una rilevanza anche i sintomi che rappresentano una diminuzione evidente di funzioni psicologiche di base, da qui il concetto di “sintomi negativi”, tra questi abbiamo:

- Avolizione: perdita dell'iniziativa e del comportamento finalistico, dell'energia, della capacità di prendere decisioni e di concretizzarle; anche semplici attività risultano difficili e non vengono portate a termine;
- Appiattimento affettivo: riduzione dell'espressione e della modulazione emotiva, i sentimenti non vengono quasi più espressi, le reazioni emotive sono molte limitate;
- Anedonia: perdita di gioia, sentimenti positivi come gioia o piacere non vengono più percepiti;
- Alogia: impoverimento del linguaggio, riduzione della quantità del linguaggio spontaneo, del contenuto e del flusso del linguaggio;
- Disturbi dell'attenzione: incapacità a concentrarsi o ad elaborare o filtrare stimoli in modo adeguato, che può portare a confusione o a frammentazione del corso del pensiero;
- Concretismo: difficoltà nel pensiero astratto, contenuti astratti vengono presi alla lettera, come proverbi metafore o parabole.

Un altro aspetto degno di nota nella diagnosi dei diversi tipi di psicosi è la distinzione di due variabili:

- il grado di compromissione del funzionamento sociale e lavorativo;
- la durata (persistenza nel tempo) dei sintomi.

Diversamente dai sintomi positivi, i sintomi negativi sono alterazioni più subdole che spesso non sono riconosciute come sintomi della malattia e, spesso, è difficile dire se i sintomi negativi fanno parte della schizofrenia o sono il risultato di altri problemi. La capacità della persona di lavorare, interagire con gli altri e prendersi cura di sé durante le fasi di remissione dei sintomi positivi, dipende in gran parte dalla gravità dei sintomi negativi residui.

Per quanto riguarda il decorso delle psicosi schizofreniche, è stato dimostrato che il loro sviluppo è lento, spesso avviene attraverso un periodo di vari anni, e tale processo è caratterizzato da fluttuazioni evidenti non solo nel momento delle acuzie, ma anche nel prodromo e nella fase di remissione.

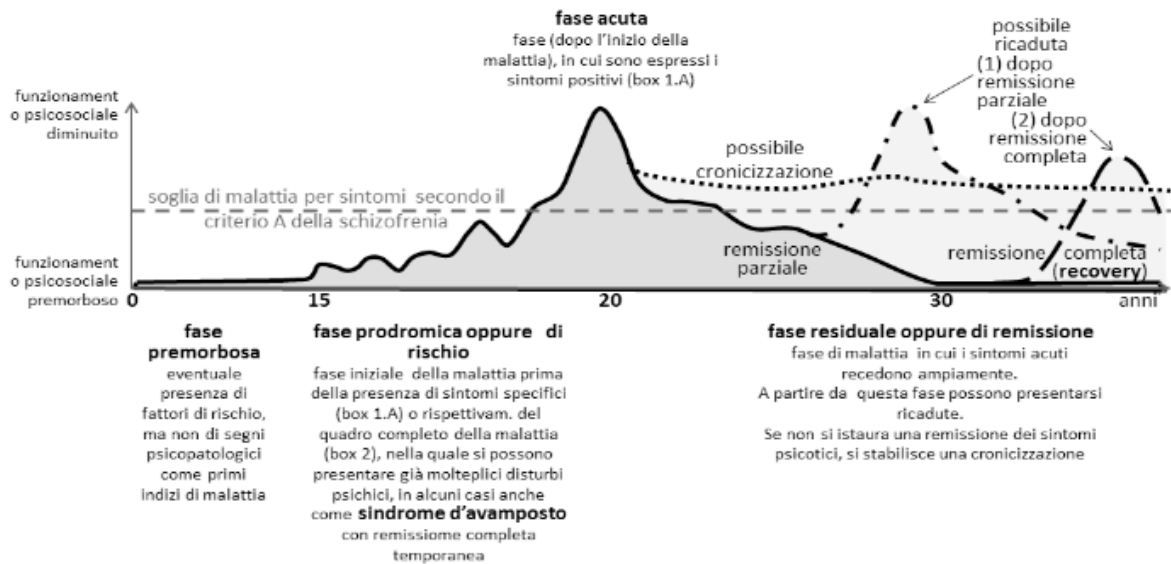


Fig.1 Fasi della malattia e decorsi possibili delle psicosi.

La terapia cognitivo comportamentale

La psicoterapia cognitiva, indicata genericamente come Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) è un orientamento terapeutico che si è sviluppato negli Stati Uniti intorno alla fine degli anni '60 in seguito alle osservazioni cliniche di Aron T. Quest'ultimo la chiamò psicoterapia cognitiva in quanto il pensiero costituisce sia il problema psicologico primario che la sua cura (Beck, J.S. (2013).

Ci sono diversi modi per condurre un intervento cognitivo comportamentale ma, in ogni caso, i differenti approcci sono accomunati da alcuni fattori relativi ai principi di trattamento e alle tecniche. Diversi studi hanno messo in evidenza come gli interventi cognitivo comportamentali producano cambiamenti più duraturi rispetto ad altri interventi psicoterapeutici, sia per disturbi di Asse I che di Asse II (Butler et al., 2006).

Ad esempio in uno studio di Butler, attraverso un campione rappresentativo di 16 meta-analisi si è cercato di dimostrare proprio l'efficacia della CBT per diversi disturbi, tra i quali: schizofrenia e altri disturbi psicotici, depressione e distimia, disturbo bipolare, disturbi d'ansia, disturbi somatomorfi, insonnia, disturbi della personalità, rabbia e aggressività, comportamenti da stress generale, dolore cronico ecc.. Oltre a questi sono stati presi in esame altri disturbi nei bambini e negli adulti anziani. Da questo studio emerge un forte sostegno per la CBT, la quale messa a confronto con altri trattamenti e condizioni di controllo, ha mostrato tassi di risposta più elevati e risultati maggiori.

Risultati simili sono stati ottenuti negli studi che hanno verificato l'efficacia della CBT nella cura delle psicosi.

La terapia cognitivo comportamentale delle psicosi

Il *National Institute for Clinical Excellence* (2002) evidenzia come la Terapia Cognitivo Comportamentale dovrebbe essere offerta ad ogni persona sofferente di schizofrenia (Milano, 19 giugno 2015).

Secondo alcuni ricercatori gli interventi psicosociali, specialmente la CBT, hanno un ruolo fondamentale nell'iniziare il trattamento, nel fornire una *human base* per una cura continuata, nel prevenire e risolvere le conseguenze secondarie della malattia e nel promuovere la *recovery*. La CBT può anche essere utile per la comorbidità da uso di sostanze, disturbi d'ansia e dell'umore e per il miglioramento dell'aderenza al trattamento.

Fu A.T Beck nel 1952 a pubblicare il primo caso di una psicoterapia con successo a un paziente sofferente di schizofrenia cronica con delirio paranoideo. Da allora ci sono stati vari tentativi di individuare strategie psicoterapeutiche specifiche volte a comprendere, migliorare e rendere più gestibile le manifestazioni psicotiche, causa di notevole *impairment* emotivo-cognitivo.

Sono stati svolti diversi studi con protocolli di interventi di psicoterapia cognitivo comportamentale, i quali hanno dimostrato l'efficacia delle metodiche nel ridurre i "sintomi positivi", nel migliorare le strategie di *coping* e le abilità sociali e nel ridurre il numero di ricadute sociali. Differenti sono i risultati per quanto riguarda i "sintomi negativi", questo per diversi motivi, quali: il mancato riconoscimento tra sintomi negativi primari (causati da deficit organici e/o neuropsicologici di base) e quelli secondari (strategie di *coping* disfunzionali), scarso numero di strumentazione per un'adeguata valutazione, necessità di applicare sofisticati programmi complessi per miglior risultati (*cognitive remediation*, attività di socializzazione ecc.).

Per quanto riguarda i sintomi positivi, invece, ricerche recenti hanno dimostrato come essi si collochino su un continuum di normalità e cioè, di conseguenza, possono essere trattati con le stesse tecniche cognitivo comportamentali che si utilizzano per ansia e depressione (Bentall, 2007; Kuipers et al., 2006).

Obiettivo della terapia è quello di insegnare al paziente a identificare e monitorare i propri pensieri e le proprie credenze in situazioni specifiche, valutandoli e correggendoli alla luce delle prove oggettive esterne e delle circostanze.

Si possono individuare varie fasi all'interno della terapia: all'inizio il focus è centrato sulla costruzione dell'alleanza terapeutica, all'interno della quale sono di fondamentale importanza elementi come l'empatia e il calore; il terapeuta deve essere molto abile a mantenere un tono emotivo all'interno dei livelli di guardia, evitando di generare stati emotivi non controllabili. L'obiettivo del terapeuta è di creare una valutazione diagnostica e le condizioni di sicurezza per permettere al paziente di poter accedere al trattamento senza sentirsi minacciato.

Risulta di fondamentale importanza l'esplorazione dell'area delle relazioni e del funzionamento sociale nell'infanzia e nell'adolescenza, in quanto è stato dimostrato come la maggior parte dei sintomi siano rilevati in quel periodo (anche se presenti a livello subclinico).

A tal proposito, in uno studio di Schiffman et al. (2004), grazie all'osservazione di videotape girati dai familiari in età infantile ai (futuri) pazienti, per esempio durante le feste di compleanno, è stato evidenziato come essi presentassero già in quel periodo difficoltà a sostenere lo sguardo e manifestassero comportamenti sociali non adeguati per l'età.

Per questo è molto importante che il terapeuta colga i segnali di disagio e d'imbarazzo del paziente.

La fase successiva è basata sui processi di psicoeducazione e normalizzazione dei sintomi psicotici. La ricerca ha dimostrato come la normalizzazione sia il fattore maggiormente predittivo di un buon esito clinico, soprattutto se associata ad altre tecniche di formulazione del caso, come ad esempio ricercare gli antecedenti della crisi, de-catastrofizzare la psicosi fornendo informazioni su di essa. In questa fase si inseriscono anche l'*assessment* e la raccolta di informazioni. Quando si lavora con un paziente psicotico le due aree più importanti da indagare sono il modo in cui si manifestano i sintomi e la spiegazione che la persona fornisce rispetto ad essi.

L'uso di domande dirette, per indagare sulla presenza di allucinazioni o deliri, sembra non dare grandi risultati in quanto molti pazienti sono vittima delle loro allucinazioni e terrorizzati dal solo fatto di nominarle (Kuipers et al., 2006). Un buon metodo è quello di porre domande aperte, con lo stile del dialogo socratico, permettendo così al paziente di elencare e descrivere i problemi. In ogni caso, lo stile con cui si conduce il colloquio deve mirare a riconoscere e identificare come si sono formati gli schemi personali e interpersonali del soggetto (Birchwood et al., 2004).

Lo schema disfunzionale più attivo nel paziente sarà anche caratterizzante il modo in cui egli stesso si porrà in relazione con i deliri e le allucinazioni. Infatti, lo schema sé/altro che si attiva nei confronti dell'esperienza delirante ci consente di comprendere quale percezione il paziente abbia di

sé e della realtà. Questo è il motivo per il quale il terapeuta deve sempre tenere in considerazione le credenze dei pazienti.

In questa fase il terapeuta può valutare la possibilità del paziente di poter accedere con successo ad una terapia cognitivo-comportamentale. Il candidato ideale è il soggetto che già nelle fasi dell'assessment tenta di dare un nuovo significato agli eventi, che se supportato, riesce a distinguere i sintomi e le manifestazioni della psicosi dalla realtà.

Di solito ciò avviene con soggetti che hanno una breve storia di malattia e in cui la costruzione di significato non si è cristallizzata. Per aumentare la probabilità di un buon esito, il terapeuta deve innanzitutto motivare il paziente alla terapia e commentare con lui i risultati delle valutazioni, partendo dai punti di forza ed evidenziando con molto ottimismo i buoni esiti del trattamento sulle aree problematiche.

Per quanto riguarda la formulazione del caso e la pianificazione del trattamento, è stata dimostrata l'importanza di coinvolgere fin dall'inizio i familiari e comprendere se il paziente gode o no di una buona rete di sostegno sociale, che potrebbe essere di aiuto al terapeuta nel progredire del trattamento. Questo avviene in quanto i pazienti psicotici mostrano spesso severe difficoltà metacognitive che rendono poco chiare le narrazioni e la formulazione dei problemi, di conseguenza la presenza di un familiare risulta utile per ottenere maggior chiarezza della narrazione e creare così una gerarchia di rilevanza dei problemi.

Una volta condiviso tale gerarchia con il paziente, si sfidano insieme a lui le credenze e i pensieri relativi all'interpretazione dei sintomi stessi, cercando di fornire spiegazioni alternative a questi sviluppando nuove strategie di *coping*.

Il trattamento si considera efficace se comporta una riduzione del *distress* emotivo del paziente (Birchwood e Trowe, 2006) e un miglioramento sociale (Turkington et al., 2007).

La parte conclusiva della TCC per le psicosi è centrata sulla prevenzione delle ricadute e sulle aspettative di guarigione.

L'Alleanza Terapeutica nella terapia cognitivo-comportamentale delle psicosi

“Per alleanza terapeutica all'interno di un processo terapeutico si intende il reciproco accordo che si instaura tra paziente e terapeuta riguardo agli obiettivi del cambiamento terapeutico, ai compiti necessari per raggiungere tali obiettivi, e allo stabilirsi di un legame volto a mantenere una collaborazione attiva tra paziente e terapeuta, basata sulla fiducia e l'accettazione reciproca” (Bordin, 1979).

Nel comportamentismo metodologico la relazione terapeuta-paziente è considerato strumento specifico di un processo di cambiamento ed è strategia cognitivo- comportamentale in quanto leggibile e costruita sulle variabili, ed all'interno di un disegno di previsione, propri del metodo comportamentale (Wolpe, 1985; Mosticoni, 1986 e 1989 cit.).

Come accennato in precedenza, la prima fase della terapia è inevitabilmente dedicata all'individuazione delle modalità per costruire una solida alleanza terapeutica. Quest'ultima deve, dunque, essere considerato un obiettivo prioritario da conseguire con strategie mirate e personalizzate, piuttosto che un presupposto per l'esecuzione di un trattamento (Pinto, 2009).

I ricercatori dell'università di Manchester e di Liverpool, attraverso l'analisi del trattamento psicologico di 300 persone affette da psicosi, hanno dimostrato che è il rapporto tra paziente e terapeuta a determinare il miglioramento o peggioramento della patologia, indipendentemente dalla terapia.

Gli autori che si sono interessati alla psicoterapia del paziente grave concordano su due affermazioni:

- una buona relazione è un requisito fondamentale per l'efficacia del trattamento
- la costruzione di una buona e stabile relazione è con alcuni pazienti estremamente problematica

Il terapeuta che si trova di fronte ad una patologia grave sa perfettamente che il paziente raramente descriverà con esattezza ciò che gli sta capitando, e la maggior parte delle volte non sarà lui a chiedere aiuto bensì la domanda sarà formulata da una terza persona.

Nella terapia del comportamento il paziente è per definizione adulto e competente, egli utilizza il terapeuta come consulente di fiducia per portare avanti una serie di cambiamenti e di operazioni di ristrutturazione nel proprio immediato futuro di vita (Sanavio, 1991).

Il rapporto tra il terapeuta e il paziente è un'occasione interpersonale che può essere utilizzata al meglio nel momento in cui si riesce a creare "un frammento" della realtà quotidiana del paziente. In questo modo si formano o trasformano nuove correlazioni tra reazione e situazione, senza la necessità di trasferirle dall'interno all'esterno della terapia.

L'interazione tra i due soggetti costituisce la realtà in cui le "regole" (disadattive) dell'uno perdono di efficacia nell'affrontare le contingenze proposte dall'altro. In ogni caso è il luogo dove il paziente esprime la sua sensibilità della vita di tutti i giorni; maturano così nuove operazioni stabilizzanti, all'interno di una situazione che è nella realtà quotidiana, e che non ne è una simulazione.

E' molto importante che in questa fase il terapeuta accolga le richieste del paziente, mostrandosi collaborativo e disponibile a lavorare sulle problematiche da lui esposte e mostrando altresì atteggiamento empatico e sintonico verso il suo stato emotivo. Accettare le sue idee non vuol dire colludere con il pensiero delirante.

I primi incontri con un paziente psicotico sono molto delicati e al contempo rilevanti per diversi motivi. Il paziente tenderà ad attribuire i propri problemi psicologici e interpersonali agli altri, manifestando così una rappresentazione del mondo di solito distorta e ostile. Non ha nessuna consapevolezza della propria situazione (Schennach et al., 2012) e ritiene l'intervento del terapeuta totalmente inutile. Ed è proprio in questa situazione che il terapeuta non deve sottovalutare o assecondare la resistenza del paziente ad affrontare un trattamento.

A tal proposito Prochaska e Di Clemente consigliano di valutare la fase di cambiamento in cui si trova il paziente, poiché all'inizio della terapia solo pochi sono pronti per una modifica del proprio comportamento, per accettare consigli pratici e per essere coinvolti attivamente. La maggior parte dei pazienti si trova invece nella cosiddetta fase "pre-contemplativa", in cui non riconosce i propri problemi o non è convinto che il modificare il proprio comportamento porti inevitabilmente a svantaggi piuttosto che vantaggi. Altri si trovano nella fase "contemplativa": all'interno di essa il paziente riconosce l'esistenza dei propri problemi ma nel contempo assume un atteggiamento ambivalente nei confronti del cambiamento manifestando di conseguenza poca speranza di riuscire a farcela. Se la terapia si focalizza su un cambiamento quando il paziente si trova ancora in una di queste fasi, è probabile che l'esito sarà un *drop-out*. E' dunque molto importante che il terapeuta valuti ciò di cui il paziente ha bisogno in quel momento piuttosto che spingere verso la modificazione comportamentale e lo sviluppo di strategie di *coping* alternative, adattando gli obiettivi alla terapia.

Secondo Arkowitz et al. (2008) un valido strumento da poter utilizzare nelle situazioni in cui il paziente è molto ambivalente nei confronti del trattamento è "l'intervista motivazionale", tramite la quale si indaga quest'ambivalenza in maniera sistematica.

Il colloquio motivazionale ha un approccio incentrato sul paziente, sono rispettate le sue sensazioni in merito ai vantaggi e agli svantaggi del cambiamento, la decisione finale di quest'ultimo spetta al paziente e viene effettuato un rinforzo positivo di qualsiasi informazione vada nella direzione del trattamento. E' fondamentale portare il paziente ad acquisire una buona consapevolezza della propria malattia.

E' stato dimostrato, infatti, che *l'insight*, ovvero la comprensione del proprio stato mentale, è associata ad una miglior prognosi nei pazienti in trattamento e ad una riduzione del DUP (*"duration of untreated psychosis"*) (Drake et al., 2000).

In un articolo pubblicato dal dipartimento di medicina Clinica, vi è una proposta che amplia il concetto di *insight* da condizione psicopatologica e strumento di valutazione cognitiva del paziente a possibile strumento terapeutico, quando diventa bi-personale.

Sembra indiscutibile che *l'insight* possa svolgere una funzione importante all'interno del processo terapeutico e dunque dell'alleanza terapeutica.

In particolare, è stato dimostrato come un buon *insight* si correla con la *compliance* al trattamento, con minori riospedalizzazioni e con una migliore qualità di vita del paziente schizofrenico. Tuttavia i dati presenti in letteratura dimostrano un'alta correlazione tra *insight* e sviluppo di depressione post-psicotica nonché tra *insight* e rischio di suicidio in schizofrenia a conferma della tesi secondo la quale non necessariamente l'assenza di *insight* ha solo effetti negativi ai fini della prognosi del disturbo schizofrenico e del fatto che, una sua mancanza e quindi la negazione di malattia, possa svolgere invece un'importante funzione difensiva. La presenza di *insight* favorisce certamente la compliance ai trattamenti, ma questo non esclude che pazienti psicotici con buon *insight* non seguano le indicazioni terapeutiche e che pazienti senza consapevolezza invece accettino o addirittura richiedano il trattamento ed anche il ricovero in ambiente ospedaliero traendo poi beneficio da questi provvedimenti (si potrebbe parlare di *insight* agito). Non è eccezionale, infatti, che un paziente possa richiedere o accettare una terapia perché gli attenua o gli toglie alcuni sintomi che lo disturbano fortemente ma che neghi decisamente di avere un disturbo psicotico. Se d'altro canto McGlashan già nel 1987 riconosceva una relazione tra miglior funzionamento dei pazienti e *integration*, ammetteva anche che, seppur con minore frequenza, nei pazienti che per assenza di *insight* negano la malattia (*sealears*) è possibile dimostrare livelli di soddisfazione paragonabili.

Se dunque in entrambi i casi è raggiungibile uno stato di benessere, benché il paziente con *integration* parta da una innegabile situazione di vantaggio, si tratterà piuttosto di assecondare il paziente tanto nel tentativo di dimenticare l'episodio quanto nelle richieste di esplorare e risolvere i conflitti da cui l'evento scaturisce, a seconda della sua personale tendenza e in rapporto alla particolare fase di vita del singolo paziente. Infine, la presenza o l'assenza di *insight* non sembra essere direttamente correlata con la gravità del quadro psicopatologico e con le sue variazioni nel corso del trattamento. A tal proposito David (1990), di fronte a una tale diversità di effetti poneva la

domanda: “*Is insight a good thing?*” David risponde a tale quesito individuando la giusta condizione a favore di un buon decorso ed esito della malattia in una situazione di compromesso tra un'eccessiva consapevolezza, che sottoporrebbe i pazienti a una dolorosa battaglia contro la devastazione prodotta dai sintomi psicotici, e una mancata consapevolezza che, invece, consegnerebbe il paziente a un decorso di malattia povero. La risposta alla domanda di David é destinata a rimanere incerta. Non bisogna dimenticare che “sviluppare un *insight* vuol dire vedersi o uscire da se stessi per vedersi e mettersi in contatto con vari aspetti del proprio edificio corporeo ma questo processo è angoscioso, poiché il malato deve mettersi in contatto con le rovine o con ciò che è distrutto in lui” (David,1990).

Gli autori di quest'articolo ritengono che nella terapia del disturbo schizofrenico si debba avviare un *insight* bi-personale, ossia l'interazione fra la consapevolezza che il paziente sviluppa rispetto alla propria malattia e la consapevolezza che il terapeuta acquisisce sulle caratteristiche, sulle fantasie e sulle emozioni del paziente.

Esso é considerato dagli autori uno strumento fondamentale per il percorso terapeutico, senza il quale sono inutili tutti gli interventi, anche precoci, volti a ridurre i deficit cognitivo-comportamentali oppure le terapie psicofarmacologiche più adatte, perché portano solo a un'adesione mascherata e passiva se non un aperto rifiuto. L'*insight* del terapeuta può, come sostiene Arieti, proteggere il paziente anche da *insight* pericolosi e stimolare invece quelli più promettenti e apportatori di un miglioramento della qualità di vita del soggetto. Con l'*insight* bi-personale, la differenza cruciale ruota attorno all'esserci, sulla scena terapeutica, di un secondo attore, che pienamente interagisce con il primo, il paziente, che su quella scena é da sempre presente: esso riguarda due persone che, pur nella differenza dei ruoli funzionali alla cura, decidono di condividere una parte della loro vita.

Ne deriva pertanto la necessità di ampliare il classico concetto di *insight*: esso diventa strumento terapeutico proprio quando si trasforma in evento inter-individuale condiviso. Inoltre si può allargare l'orizzonte dell'*insight* “bipersonale”, proprio cioè del paziente e del suo terapeuta, ad un *insight* familiare. I familiari stessi dovrebbero acquisire cognizione e comprensione emotiva delle crisi, del disagio esistenziale e del malessere del loro congiunto, eliminando i frequenti pregiudizi sulla malattia. I numerosi studi sulla famiglia del malato hanno portato ad un modello complesso che comincia a riconoscere gli utenti e le loro famiglie come attori che possono partecipare alle scelte e alle politiche dei Servizi per la Salute Mentale. Per valorizzare il significato della famiglia nel processo di cura e aumentarne la *compliance* sono stati sviluppati delle metodiche di trattamento

di tipo psicoeducativo allo scopo di fornire informazioni relative alla malattia mentale, favorendo l'acquisizione di abilità e competenze in relazione a tale tematica e alla gestione dei pazienti. I familiari sono dunque considerati co-terapeuti a condizione, però, di essere sostenuti e accolti nella loro sofferenza e smarrimento, nei loro sensi di colpa, nonché aiutati a costruirsi un'interpretazione e comprensione della crisi del paziente che espliciti la necessità del loro coinvolgimento nella messa a punto di un progetto terapeutico più completo e funzionale possibile. Tutto ciò si può verificare ed è efficace solo se prima è avvenuta quella condivisione, accettazione reciproca paziente-terapeuta. L'ampliamento del concetto di *insight* al terapeuta e alla famiglia del paziente è l'indispensabile premessa per iniziare la specifica relazione terapeutica con il paziente psicotico e per arrivare poi all'auspicabile obiettivo di una migliore qualità di vita. Tuttavia ci si può trovare di fronte un paziente che non accoglie molto volentieri la presenza dei familiari, provocando spesso una chiusura relazionale e l'abbandono della seduta. In tal caso si può suddividere il colloquio in due fasi, la prima con i familiari e la seconda con il paziente da solo. Tale procedura è di grande aiuto al terapeuta per avere una visione d'insieme chiara e dettagliata del funzionamento premorbo.

Tornando al rapporto paziente-terapeuta, l'atteggiamento che il terapeuta assume con il paziente psicotico è di fondamentale importanza: esso deve, infatti, dimostrare empatia, calore, e accettazione incondizionata della situazione del paziente. Come diceva Bentall, bisogna "accettare l'improbabile come possibile ma improbabile".

Questo non si traduce in un assecondare incondizionatamente il paziente, altrimenti si corre il rischio di stabilizzare i suoi schemi disfunzionali e cristallizzare le credenze deliranti. Quello che succede spesso in fase di *assessment* è il tentativo del paziente di raccontare esplicitamente i propri deliri e allucinazioni, sottoponendo implicitamente il terapeuta ad un test di affidabilità. Nel libro "Curare i casi complessi" gli autori descrivono questo come un momento molto delicato, durante il quale, deve essere garantita la percezione del terapeuta come fonte autorevole di informazioni. E' bene ricordare che i momenti di più alto *testing* corrispondono a momenti di più basso *insight*.

In queste circostanze è fondamentale muoversi in un delicato equilibrio tra condivisione e validazione da un lato, ricerca di alternative e successivamente, riattribuzione dell'altro. Un atteggiamento ideale sarebbe quello di accogliere ciò che viene riferito dal paziente esprimendo comprensione per la sua sofferenza, ma al contempo ribadendo che ancora non è certo che sia l'unica spiegazione possibile. Tra le varie regole da osservare vi è quella dell'utilizzare nella riformulazione del problema le stesse parole del paziente, per evitare di dare etichette ai sintomi

provocando così delusione nel paziente, il quale si sentirebbe incompreso e scoraggiato nel raccontare la propria esperienza.

Il terapeuta deve permettere al paziente di raccontare liberamente le sue esperienze psicotiche e dare loro un significato solo dopo avere chiaro la storia del paziente, le sue preoccupazioni, timori, credenze.

Ci sono diversi segnali che indicano chiaramente che il paziente ha iniziato a fidarsi del suo terapeuta, come:

- riduzione dell'ansia
- ricerca attiva da parte dello stesso di esperienze da riferire
- richiesta di informazioni o di pareri al terapeuta

Una volta che il terapeuta recepisce questi segnali, può esprimere qualche dissenso per ciò che viene affermato. Tuttavia ciò va sempre effettuato, come diceva Beck, con la tecnica della scoperta guidata e dell'empirismo collaborativo (Beck et al., 2009) stimolando in tal modo la ricerca di letture interpretative alternative accanto a quelle disfunzionali.

Un esempio di dissenso potrebbe essere dire al paziente: “io su questa cosa non sono completamente d'accordo, “proviamo a vedere se ci sono spiegazioni alternative a quella da lei proposta”. Questo con l'obiettivo di stimolare la ricerca di un nuovo significato, incoraggiando il paziente a cercare ulteriori prove su ciò che afferma.

Un altro autore a parlare dell'importanza dell'alleanza terapeutica è Bordin, il quale sostiene che l'empatia sia uno degli elementi fondamentali nell'alleanza e propone un modello secondo il quale l'alleanza terapeutica è composta da tre fattori:

- a) accordo sugli obiettivi terapeutici;
- b) metodi e tecniche da utilizzare, da entrambi le parti, per raggiungere questi obiettivi;
- c) legame emotivo caratterizzato da calore, fiducia reciproca e stima.

Il fulcro è rappresentato dal grado in cui paziente e terapeuta stabiliscono un rapporto collaborativo e orientato al risultato.

Diversi studi condotti su pazienti psicotici concordano sull'importanza della forza dell'alleanza terapeutica instaurata nella fase precoce del trattamento e che questa sia di estrema importanza per gli esiti futuri.

Ad esempio in un studio di Messari e Hallam (2003), volto a valutare l'esperienza dei pazienti psicotici sottoposti a TCC hanno evidenziato come la maggior parte dei partecipanti enfatizzasse il valore di una relazione terapeutica basata sul rispetto e sulla fiducia. In particolare in tale studio,

alcuni pazienti psicotici sono stati intervistati in seguito a TCC per valutare la loro posizione nei confronti del terapeuta. Alcuni partecipanti definirono la CBT come un processo educativo, un rapporto rispettoso tra pari, un processo di guarigione. Altri due partecipanti hanno mostrato consapevolezza che il loro terapeuta cercava di “convincerli” che le loro esperienze non fossero vere, ma hanno interpretato questo tentativo come educativo e non coercitivo. Dunque in questo studio, tutti i partecipanti, con una sola eccezione, hanno evidenziato il valore educativo della terapia.

Nello studio di Neale e Rosenheck (1995) é emerso che tra i pazienti con disturbi psicotici, una più forte alleanza é associata a un minor livello di percezione di problematicità e di gravità del disturbo da parte del paziente, mentre nello studio di Dunn et al., 2006, questa alleanza era associata ad una miglior *compliance* nei confronti degli *homework* e a minori tassi di *drop-out*.

Non bisogna dimenticare i lavori di C. Rogers, il quale diede vita ad una ipotesi che stimolò più di 30 anni di ricerca (Bozarth, Zimring e Tausch, 2001, p. 153). Questa ipotesi, essenzialmente, consisteva nel fatto che quando un terapeuta dimostra le “condizioni chiave” di considerazione positiva incondizionata, comprensione empatica e congruenza, e quando il cliente le percepisce, almeno ad un minimo livello, allora i cambiamenti di personalità psicoterapeutici e le loro conseguenze positive sono inevitabili. Barrett-Lennard (1962) creò una scala ampiamente usata, la *Relationship Inventory*, utilizzata dai pazienti per valutare i propri terapeuti sulle condizioni chiave.

Truax e Mitchell (1971) hanno riportato i risultati di 14 studi che hanno coinvolto 992 partecipanti. All'interno di questi studi sono emerse 66 correlazioni statisticamente significative tra esiti terapeutici positivi e condizioni chiave, contro una sola correlazione statisticamente negativa. Gli autori hanno così riassunto: “Questi studi presi nel loro complesso suggeriscono che i terapeuti o i *counselor* che sono empatici in modo attento, che hanno un atteggiamento caloroso senza essere opprimenti e sono genuini, sono veramente efficaci. Inoltre, questi risultati sembrano adattarsi ad una grande varietà di terapeuti e *counselor*, a prescindere dalla loro formazione o dal loro orientamento teorico e ad una grande varietà di clienti o pazienti, inclusi quelli che hanno uno scarso rendimento al *college*, i giovani delinquenti, gli schizofrenici ospedalizzati, pazienti non ospedalizzati con nevrosi di gravità da media a severa e tutta l'ampia varietà di pazienti ospedalizzati. Inoltre, le prove suggeriscono che questi risultati reggono in una varietà di contesti terapeutici e sia nella psicoterapia, o nel *counseling*, individuale che di gruppo”.

Tuttavia, gli studi sulla relazione tra la congruenza e gli effetti dei trattamenti hanno prodotto risultati ambivalenti: uno studio in particolare, però, suggerisce come questa sia una caratteristica particolarmente importante per la creazione di un'alleanza terapeutica forte (Klein et al., 2002).

Questo è confermato anche in uno studio di Goldsmith et al. (2015), nel quale è stata valutato l'effetto causale dell'alleanza terapeutica usando una variabile strumentale (equazione strutturale) modellando sui dati di una prova controllata e randomizzata con 3 condizioni su 308 persone al primo o secondo episodio acuto di psicosi anaffettiva. La prova confrontava l'utilizzo per 6 settimane della terapia cognitivo comportamentale più una cura di routine (RC), verso il *counselling* supportivo più RC, verso RC da sola. Hanno esaminato l'alleanza terapeutica misurata sul paziente tramite il CALPAS, sull'esito ai 18 mesi della severità dei sintomi della prova primaria (PANSS), somministrata all'oscuro del trattamento riservato, cioè senza sapere quale delle tre terapie è stata somministrata al paziente.

I risultati hanno dimostrato come l'aggiunta sia di CBT sia di RC migliorava i risultati rispetto alla sola RC. hanno, inoltre, mostrato come per entrambi i trattamenti psicologici, il miglioramento dell'alleanza terapeutica migliorava la sintomatologia. Con una buona alleanza lo svolgimento di più sessioni porta ad un risultato significativamente migliore sul punteggio totale al PANSS. Con una scarsa alleanza, lo svolgimento di più sessioni è dannoso. Questa è la prima dimostrazione che l'alleanza terapeutica ha un effetto causale sul risultato sintomatico di un trattamento psicologico, e che una scarsa alleanza è dannosa. Questi effetti, inoltre, potrebbero essere estesi ad altre modalità terapeutiche e disordini. Quest'analisi mostra chiaramente l'effetto causale dell'alleanza terapeutica sui risultati della psicoterapia per la psicosi.

Goldsmith dimostra come ad alti livelli di alleanza la terapia è positiva e a bassi livelli è dannosa. Clinicamente, questo suggerisce che stabilire una buona alleanza in psicoterapia per la psicosi è essenziale per un paziente per la riuscita della terapia, e che se l'alleanza è scarsa, persistere nel provare a impegnare il paziente nella psicoterapia non è appropriato.

Bisognerebbe considerare metodi per massimizzare l'alleanza, o almeno sfruttare procedure per modificare la terapia se l'alleanza è scarsa. A tal proposito, è fondamentale che i servizi psichiatrici diano priorità a questo, assicurando che lo staff si impegni in modo efficace con i pazienti.

In uno studio di Arlene è stato esaminato il rapporto dell'alleanza terapeutica al corso di trattamento e l'esito di 143 pazienti con schizofrenia non cronica. I risultati hanno dimostrato che i pazienti che hanno formato una buona alleanza con i loro terapeuti nei primi 6 mesi di trattamento avevano significativamente maggiori probabilità di rimanere in psicoterapia, rispettare i loro regimi

di farmaco prescritti e ottenere risultati migliori dopo 2 anni, rispetto ai pazienti che non hanno instaurato una buona relazione. Questi risultati hanno sottolineato il valore dell'alleanza e delle necessità di individuare fattori che contribuiscono al suo sviluppo e mantenimento.

Se per Bordin un elemento essenziale per favorire l'alleanza terapeutica é l'empatia, Secondo Rogers un elemento fondamentale é "l'accettazione", che descrive come una fase in cui si accoglie il paziente incondizionatamente ed ha una serie di implicazioni per quanto riguarda la terapia con soggetti psicotici in quanto per offrire un'accettazione incondizionata il terapeuta deve mostrarsi aperto e tollerare tutte le sfaccettature del paziente. Quando ciò avviene, diventa anche più semplice per il paziente accettarsi a sua volta. L'accettazione terapeutica implica anche accogliere il suo diritto di scelta relativamente al modo in cui desidera cambiare.

Tuttavia ci sono altri elementi fondamentali per gli effetti della terapia: la condivisione degli obiettivi e la collaborazione; infatti i risultati sono maggiori quando terapeuta e paziente sono reciprocamente coinvolti nella terapia e quando il paziente lavora attivamente sui propri problemi tra una seduta e l'altra.

Furono Tryon e Winograd (2002) a sottolineare l'importanza del ruolo attivo del paziente nella definizione degli obiettivi da raggiungere attraverso il processo di cambiamento, in quanto ciò ha una valenza terapeutica: nel momento in cui il paziente percepisce il collegamento tra i compiti e gli obiettivi, comprende meglio il razionale della terapia e riesce ad averne una visione d'insieme.

E' stato dimostrato come i pazienti attivi, che discutono apertamente dei propri pensieri e delle proprie sensazioni sono quelli che ottengono i risultati migliori (Bachelor et al., 2007), all'opposto, la posizione difensiva e l'ostilità si associano a un'alleanza terapeutica più fragile e a risultati più scarsi. Il terapeuta può, dal canto suo, far sentire importante il paziente, ponendogli molte domande, approfondire i pensieri ecc..

Hill e Knox (2002) sottolineano l'importanza del portare il paziente a comprendere i propri problemi, discutendo con lui gli obiettivi e il percorso della terapia: a tal proposito suggeriscono l'uso della tecnica "*Self-disclosure*" per validare, modellare o rafforzare l'alleanza terapeutica o per offrire un modo alternativo di pensare o comportarsi.

Essi definiscono la *Self-disclosure* una dichiarazione del terapeuta in cui questi esprime qualcosa di personale. Tale tecnica può essere articolata in 4 forme:

1. *Self-disclosure* sui fatti ("ho studiato a..")
2. *Self-disclosure* sulle emozioni ("quando mi sono trovato in una situazione analoga, mi sono arrabbiato")

3. *Self-disclosure sull'insight* (“mi é successa una cosa simile quando sono andato via di casa, ho realizzato che la difficoltà maggiore era lasciare mia madre sola”)

4. *Self-disclosure sulle strategie* (“quando mi é capitata una cosa del genere sono andato a fare una passeggiata”)

Il terapeuta deve sempre monitorare le reazioni del paziente alle *self-disclosures*, chiedere come lo fanno sentire e usare tali informazioni per valutare se continuare ad usarle. Tuttavia il loro impatto varia da paziente a paziente: per alcuni é più forte nel contribuire alla creazione di una relazione basata sulla fiducia.

Un fenomeno a cui il terapeuta deve prestare particolare attenzione quando tenta di stabilire l'alleanza terapeutica é “la contrapposizione psicologica”, un modo di reagire universale nel momento in cui si percepiscono dei tentativi di influenzamento da parte di altri e si teme che la propria possibilità di scelta possa ridursi. Diversi studi hanno dimostrato come la libertà di scelta possa rafforzare l'impegno verso il cambiamento; la terapia efficace dovrebbe quindi mirare a creare quanto meno contrapposizione psicologica possibile, aiutando il paziente a raggiungere i propri obiettivi.

Sono davvero tanti gli studi ad aver mostrato che la qualità della relazione terapeutica (TR) tra paziente e terapeuta è un predittore importante del risultato di diverse forme di psicoterapia. E' meno chiaro se la TR predice anche gli esiti di programmi di trattamento psichiatrici nei pazienti con psicosi (es. al di fuori della psicoterapia convenzionale).

In uno studio di Priebe et al. (2011) é stata condotta una rassegna sistematica e identificato 9 studi principali che hanno testato prospetticamente l'associazione della TR con 3 dati finali, cioè ospedalizzazione, livelli del sintomo e funzionamento. A causa dell'eterogeneità del metodo usato, una meta-analisi (cioè un'analisi statistica su questi 9 lavori individuati) non é stata possibile. E' stato usato un metodo di conteggio del voto per determinare il numero di effetti statisticamente significativi nella direzione ipotizzata (cioè che una TR più positiva predica dei risultati più favorevoli).

I risultati hanno dimostrato la presenza di un'associazione significativa tra una buona TR e un buon esito del trattamento, valutato in termini di ospedalizzazione, sintomi e funzionamento del paziente.

Si può concludere dicendo che qualche evidenza, anche se non tutte, mostra che la TR predice i risultati dei programmi di trattamento psichiatrico complesso nei pazienti con psicosi, e che una ricerca metodologicamente più rigorosa é necessaria in questo campo. Tale ricerca dovrebbe

misurare la TR nello stadio iniziale del trattamento ed usare strumenti di misura convalidati sia per la TR sia per i suoi esiti.

In un altro studio di Svensson et al. (1990) un totale di 26 pazienti schizofrenici e altri pazienti con malattie mentali a lungo termine che ricevevano sessioni di terapia cognitiva due volte la settimana nel contesto di un programma di trattamento completo sono stati valutati ogni 5 settimane rispetto all'alleanza terapeutica. I terapeuti valutavano l'alleanza rispetto al Report di Status Psicoterapeutico (*Psychotherapy Status Report*) e i pazienti la valutavano rispetto alla Scala di Collaborazione del Paziente (*Patient Collaboration Scale*). I risultati hanno mostrato una buona o corretta e stabile alleanza terapeutica per la maggior parte dei pazienti nel periodo di trattamento. Poche correlazioni sono state trovate tra caratteristiche del paziente e alleanza iniziale. Le valutazioni dei terapeuti hanno evidenziato una relazione positiva tra alleanza iniziale ed esito positivo finale.

Tra le varie tecniche usate per consolidare l'alleanza terapeutica possiamo annoverare il processo di normalizzazione che può essere considerato come un obiettivo centrale dell'intervento terapeutico.

La Normalizzazione

La normalizzazione è un processo centrale non solo nella TCC delle psicosi ma anche nella terapia cognitivo-comportamentale classica, poiché si basa su un modello secondo il quale, la valutazione di un evento determina le reazioni emotive e comportamentali successive.

Nella Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi il terapeuta aiuta i propri pazienti a vedere come non siano gli unici a provare certe sensazioni o a formulare certi pensieri: questo può portare ad un incremento dell'autostima, facilitare l'uso di strategie di *coping* migliori. La normalizzazione può, inoltre, ridurre le reazioni emotive secondarie, come l'essere infastiditi per il fatto di provare ansia, e i comportamenti secondari che perpetuano i sintomi primari, quali i comportamenti protettivi e il ritiro sociale. Uno dei modi per ottenere la normalizzazione è quella di procurare al paziente del materiale informativo da leggere. Un altro metodo potente è la "*self-disclosure*", spiegato in precedenza.

Solitamente le esperienze psicotiche sono catastrofizzate, più che normalizzate, non solo da parte del paziente ma anche dalla società e dai media; da sempre sono considerate qualitativamente diverse da quelle normali e un segnale di un'alterazione funzionale causata probabilmente da un processo biologico patologico (Bental, 2003).

Questa visione delle psicosi non è priva di conseguenze: il solo fatto di etichettare un soggetto psicotico come malato mentale comporta una maggiore percezione di imprevedibilità e pericolosità del suo comportamento e spesso ad una rottura dell'alleanza terapeutica.

Numerosi studi, invece, hanno dimostrato che esperienze allucinatorie e idee persecutorie non costituiscano fenomeni “tutto o nulla” (presenti solo a livello di gruppi di soggetti con diagnosi clinica accertata), ma tendono piuttosto a distribuirsi secondo un continuum a gradiente crescente dalla popolazione generale a gruppi clinicamente significativi. Infatti le evidenze accumulate già dal 1980 indicano che idee persecutorie ed esperienze allucinatorie sono presenti in campioni non clinici della popolazione generale.

Freeman e colleghi (2006) dimostrarono attraverso uno studio che circa il 30 % dei soggetti di un campione non clinico manifestava idee paranoidee. Tale sovrapposizione tra campione clinico e non clinico sembra essere presente molto spesso (Peter et al., 1999, Hansen et al., 2003).

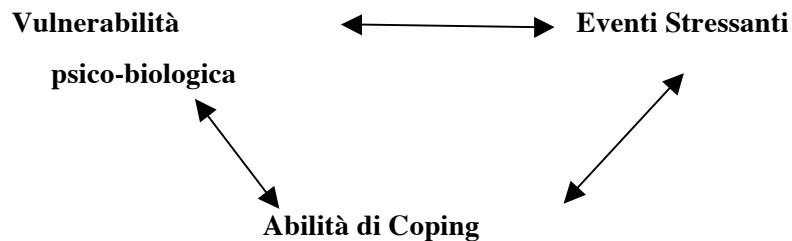
Per quanto riguarda il processo di normalizzazione nella TCC delle psicosi, uno dei primi passi da fare è quello di creare una buona alleanza terapeutica con il paziente, che come visto in precedenza, richiede empatia, calore, accettazione da parte del terapeuta. Il processo di normalizzazione, in realtà, può essere usato come strumento terapeutico per creare l'alleanza, esplorando aree tematiche non minacciose per il paziente e poi affrontare la sintomatologia vera e propria in modo tale da ridurre il suo eventuale imbarazzo. La normalizzazione può essere di aiuto per gettare le basi della formulazione del caso e per fare in modo che il paziente diventi un agente del proprio trattamento. Tuttavia non bisogna usare la normalizzazione in modo estremo, poiché ciò potrebbe portare o essere percepita come una minimizzazione del problema.

Dopo aver coinvolto il paziente nella terapia, è utile fornirgli una spiegazione dei sintomi che percepisce come più disturbanti, oltre ad affrontare le sue idee catastrofiche in merito alla “pazzia”. Si può procedere facendoli capire che probabilmente esistano delle motivazioni che giustificano la comparsa dei sintomi e come chiunque, in determinate circostanze stressanti, possa sviluppare dei sintomi psicotici. Si può, inoltre, approfondire il fatto che esista una predisposizione familiare a reagire in questo modo: questo aiuta la persona a sentirsi meno diversa e isolata ma soprattutto ascoltata e capita, elementi essenziali per favorire l'alleanza terapeutica.

Si può, inoltre, introdurre l'ipotesi stress-vulnerabilità di Zubin e Spring, 1977, che spiega come la vulnerabilità e lo stress si combinano tra loro producendo i sintomi caratteristici della psicosi. La vulnerabilità è intesa come suscettibilità o predisposizione individuale a sviluppare il disturbo.

Risulta dall'azione e dall'interazione reciproca dei suoi fattori di rischio genetici, biologici, psicologici e psico-sociali.

“Ciascun soggetto é vulnerabile in maniera idiosincratca ad eventi particolari, che possono essere invece del tutto indifferenti per un altro soggetto(...) Questo si accorda ovviamente con quanto ogni psicoterapeuta cognitivista conosce bene: é il significato che ciascuno dà agli eventi che alla fine determina la gravità del carico dello stress”.(Perris. 2000 pag. 27-28).



La TCC delle psicosi è fortemente legata alla normalizzazione, dal momento che il terapeuta cerca di generare e verificare assieme al paziente una spiegazione alternativa, nuova o meno minacciosa ai suoi vissuti; in questa fase tutte le informazioni normalizzanti relative ai sintomi risultano cruciali.

Conclusioni: Efficacia della TCC sulle psicosi

Il trattamento cognitivo comportamentale delle psicosi é stato sottoposto ad un'analisi da parte del GDG (*Guideline Development Group*) per verificare l'efficacia rispetto alla riduzione dei sintomi, ricadute, permanenza in trattamento e prevenzione dei comportamenti suicidari. I risultati hanno evidenziato l'efficacia della CBT nel ridurre i sintomi nelle persone affette da schizofrenia fino ad un anno di follow-up, rispetto ad altre terapie. E' stato messo in evidenza come l'efficacia é maggiore per sintomi psicotici persistenti piuttosto che per sintomi acuti. Inoltre hanno dimostrato che la CBT può migliorare l'*insight* e l'adesione al trattamento farmacologico e avere un effetto positivo sul funzionamento sociale.

In accordo al "*Health Beliefs Model of Compliance*", il più alto grado di adesione al trattamento può essere interpretato come la risultante di un miglioramento della percezione degli effetti positivi del trattamento, associata alla minore rilevanza soggettiva degli effetti collaterali (Becker M.H., 1979; Bebbington P.E., 1995).

La terapia cognitivo comportamentale applicata alle psicosi si è dimostrata efficace nel ridurre l'intensità dei sintomi, nel prevenire le ricadute e nel ridurre i giorni di ospedalizzazione.

Inoltre, quando la CBT è portata avanti per più di 3 mesi, esistono forti prove d'efficacia che i tassi di ricaduta si riducano (*National Collaborating Centre for Mental Health, 2004*).

Sono tanti gli studi che confermano l'efficacia della psicoterapia cognitivo comportamentale per il trattamento delle psicosi.

Nel 2004 è stata valutata l'efficacia della CBT anche nella prevenzione della psicosi mettendo a confronto la terapia cognitiva con trattamento su 58 pazienti con alto rischio di sviluppare primi episodi di psicosi. La terapia è andata avanti per 6 mesi e tutti i pazienti sono stati monitorati per 12 mesi. I risultati hanno mostrato che la CBT riduceva significativamente la probabilità di progredire verso la psicosi, così come è stato dimostrato dalla scala dei sintomi positivi e negativi dopo 12 mesi.

Una metanalisi condotta nel 2005 è stata realizzata prendendo in esame 14 studi clinici randomizzati sull'efficacia della CBT dimostrando la sua efficacia nel trattamento dei sintomi positivi delle psicosi (*Zimmerman et al., 2005*).

Il trattamento CBT sembra essere consigliato per la cura di pazienti con sintomi psicotici di media gravità e per quelli ad elevato rischio di conversione o con grave sintomatologia (*Morrison et al., 2004*). Inoltre, diverse ricerche hanno dimostrato come l'uso di farmaci antipsicotici migliorano la neuro genesi e, solo se combinati con un trattamento di psicoterapia, portano all'acquisizione di nuove abilità da parte del paziente (*Lieberman et al., 2005*).

In un articolo di *Birchwood e Trower* si sostiene come la CBT sia ora raccomandata dal *National Institute for Clinical Excellence (2002)* in quanto volta a ridurre i sintomi psicotici, aumentare la conoscenza e promuovere l'aderenza ai farmaci.

Nel 2006, *Baker et al.* hanno condotto uno studio randomizzato controllato su 130 pazienti con disturbi psicotici e abuso di sostanze, confrontando la CBT associata a colloqui motivazionali con il trattamento di routine. Sono emersi miglioramenti significativi nel livello di depressione dei pazienti del gruppo di psicoterapia cognitiva che si sono estesi al funzionamento globale a 6 e 12 mesi di *follow-up*.

Risultati analoghi sono emersi dallo studio di *Lecomte et al. (2008)*, i quali assegnarono a 129 pazienti la CBT, il *Social Skills Training* per la gestione dei sintomi, riscontrarono che la CBT ha effetti significativi e durevoli nel tempo sulla sintomatologia globale e sull'autostima.

In uno studio di Neem et al. (2015), è stato messo a confronto l'efficacia di un intervento classico di trattamento di schizofrenia con un trattamento associato a programmi di CBT. L'intero campione dei soggetti partecipanti era composto da 116 persone, di cui 5 avrebbero beneficiato dell'intervento TAU associato a CaCBT e 57 del solo intervento TAO. Gli strumenti utilizzati per l'analisi dei soggetti sono stati la *Positive and Negative Syndrome Scale of Schizophrenia* (PANSS), la *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS) e la *Schedule for Assessment of Insight* (SAI).

Il programma CBT è stato usato per oltre 4 mesi sul campione selezionato. Una parte fondamentale del programma CBT è il coinvolgimento della famiglia. I risultati di tale studio hanno mostrato come i partecipanti del gruppo sperimentale mostrano significativi miglioramenti rispetto al gruppo di controllo alla fine della terapia, sia in riferimento ai sintomi positivi che a quelli negativi, oltre che alla psicopatologia in senso più generico (PANSS).

Nello studio di Staring et al. (2012) è stata analizzata l'efficacia della CBT rispetto ai sintomi negativi. Sono stati selezionati 21 pazienti adulti con uno spettro della schizofrenia con sintomi negativi. L'obiettivo era quello di distinguere le varie credenze disfunzionali. La terapia iniziava con la somministrazione della *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) in modo tale da creare il profilo personale del paziente e decidere gli obiettivi da raggiungere. Seguiva la psicoeducazione per i deficit neuro cognitivi. I risultati hanno dimostrato come i pazienti hanno riportato una riduzione delle credenze disfunzionali sulle loro abilità cognitive, delle esperienze sociali e di esclusione sociale e questa riduzione ha parzialmente mediato gli effetti sui sintomi negativi come ipotizzato dai ricercatori.

Nello studio di Tsapakis et al. (2005) ci si è concentrati principalmente sul fatto che i sintomi negativi interagiscono maggiormente sulla qualità di vita del paziente rispetto ai sintomi positivi. I ricercatori hanno elencato tra le terapie più efficaci, da interagire alla cura farmacologica, la CBT (oltre alla psicoeducazione e l'arte terapia). I risultati ottenuti hanno confermato l'efficacia della CBT nel ridurre i sintomi, nel migliorare l'*insight* e l'adesione del soggetto al trattamento farmacologico con conseguente miglioramento del funzionamento sociale.

Bibliografia

- Andreasen. N.C. (1990). Schizofrenia: Positive and negative symptoms and syndromes. Karger.
- Australian. R. (2017). "Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders". Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.

- Bachelor. A., Lavardière. O., Gamache. D., & Bordeleau. V. (2007) "Client's collaboration in therapy: Self- perception and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations and motivation". *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2):175.
- Baker. A., Bucci. S., Lewin. T.J., Richmond. R., & Carr. V.J. (2005). "Comparison between psychosis samples with different patterns of substance use recruited for clinical and epidemiological studies" *Psychiatry research*. 134(3):241-250.
- Bebbington. P.E. (1995). "The content and context of compliance". *International Clinical Psychopharmacology*, 9:41-50.
- Becher. M.H. (1979). "Understanding patient compliance: The contribution of attitudes and other psychosocial factor". *New direction in patient compliance* 2:1-31.
- Beck, J.S. (2013) "La Terapia Cognitivo Comportamentale" Casa Editrice Astrolabio.
- Bellino. S., Rinaldi. C., Brunetti. C., Cremasco. A., Bogetto. F. (2013). "Personality disorder and psychosis a critical review of literature". *Journal of Psychopatology*. 19:213-227.
- Bentall. R.P. (2004). *Madness Explained. Psychosis and Human Nature*. Penguin UK.
- Bentall. R. (2007). "The new psychology and treatment of psychosis". *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 44 (5):524-526.
- Birchwood. M., Gilbert. P., Gilbert. J., Trower. P., Meaden. A., Hay. J., Murray. E., Miles. J.N. (2004). "Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant voice in schizophrenia: a comparison of three models". *Psychological Medicine*, 34(8):1571-180.
- Birchwood.M., & Trower. P. (2006). " The future of cognitive- behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic". *The British Journal of psychiatry*, 188 (2):107-108.
- Bleuler. E. (1950). "Dementia praecox or the group of Schizophrenia". Zinken Journal International Universities Press.
- Butler. A.C., Chapman. J. E., Forma. E. M., & Beck. A. T. (2006). "The empirical status of cognitive – behavioral therapy: a review of meta-analyses". *Clinical Psychology Review*. Vol .26(1):17-31.
- Chadwick. P., Birchwood. M., Trower. P., & Beck. A.T. (1997). "La Terapia Cognitivo per i deliri, le voci e la paranoia". Astrolabio.
- Carcione. A., Nicolò. G, Procacci. M. (2012). "Manuale di terapia cognitiva delle psicosi". Franco Angeli.
- Carcione. A., Nicolò. G., Semerari. A. (2016). "Curare i casi complessi: La terapia meta cognitiva interpersonale dei disturbi di personalità". Laterza
- David. A.S. (1990). "Insight and Psychosis". *The British Journal of Psychiatry*. 156(6):798-808.
- Dunn.H., Morrison. A.P., Bental. R.P. (2006). "The relationship between patient suitability, therapeutic alliance, homework compliance and outcome in cognitive therapy for psychosis". *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3):145-152.
- Erickson. M., Jaafari. N., Liysake.r P. (2011). "Insight and negative symptoms as predictor of functioning in a work setting in patients with schizophrenia". *Psychiatry Research*, 189(2):161-165.
- Evangelia. M., Tsapakis, Trisevgeni Dimopoulou, Frank. I. Tarazi.(2015) "Clinical management of

- negative symptom of schizofrenia: an update". *Pharmacology e Therapeutics* Volume 53:135-147 [Elsevier].
- Frank. A.F., & Gunderson. J. G. (1990). "The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia: Relationship to Course and Outcome". *Archives of general Psychiatry*. 47(3): 228-236.
- Fowler. D., Garety. P. & Kuipers. E. (1995). "Cognitive Behavior Therapy for Psychosis: Theory and Practice. Volume 25. Wiley.
- Goldsmith. LP., Lewis. SW., Dunn. G., Bental. RP. "Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis." *Psychological medicine*. 45(11):2365-2373.
- Hagen. R., Turkington. D., Berge. T. & Grawe. R.W. (2011). *Terapia cognitivo comportamentale delle psicosi*. Eclipsi.
- Kirschenbaum. H., & Jourdan. A. "Carl Rogers e l'Approccio Centrato sulla Persona oggi".
- Kuipers. E., Garety. P., Fowler. D., Freeman. D., Dunn. G., Bebbington. P. (2006). "Cognitive, emotional, and social process in psychosis: referring cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms". *Shizofrenia Bulletin*, 32 (Suppl 1):S24-S31.
- Liberman. JA., Stroup. TS., McEvoy. JP., Swarts. MS., Rosenheck. RA., Perkins. DO., Keefe. RS., Davis. SM., Davis. CE., Lebowitz. BD., Seber. J., Hsiao. JK. (2005). "Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizofrenia". *New England Journal of Medicine*. 353 (12):1209-1223.
- Lecomte. T., Leclerc. C., Corbiere. M., Wykes. T., Wallace. CJ., Spidel. A. (2008). "Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis? Results of a randomized controlled trial". *The Journal of nervous and mental disease*. 196(12):866-875.
- Messari. S., & Hallman. R. (2003). "CBT for psychosis: A qualitative analysis of client's experiences". *British Journal of Clinical Psychology*. 42(2):171-188.
- Miller. W.R., & Rollnick. S. (2014). "Il colloquio motivazionale" – Terza edizione: Aiutare le persone a cambiare. Edizioni Erickson.
- 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 Psychiatry*, 185(4):291-297.
- Mosticoni. R. (1989). "L'atteggiamento terapeutico: fattore non a-specifico i cambiamento. A. Meneghelli & D. Sacchi (a cura di), *Terapia e modificazione del comportamento negli anni*, 80.
- Mosticoni. R. (1998). "Metodi e tecniche di intervento cognitivo-comportamentale". *Psicoterapia*, 13.
- National Institute for Clinical Excellence (2002). "Schizophrenia core intervention in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care"(update). *British Psychological Society*.
- Neale. MS., Rosenbeck. RA. (1995). "Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case

- management program". *Psychiatric Services*. 46(7): 719-721.
- Neeem. F., Saees. S., Irfan. M., Kiran. T., Mehmood. N., Gul. M., Munshi. T., Ahmad. S., Kazmi. A., Husain.N., Farooq. S., Ayub. M., Kingdon. D. (2015). "Brief culturally adapted CBT for psychosis (CaCBTp): a randomized controlled trial from a low income country" *Schizophrenia Research*. 164(1-3): 143-148.
- Norcross. J. (2002). "Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients". Oxford University Press.
- Perris. C., McGorry. P.D. (2000). "Psicoterapia cognitiva dei disturbi psicotici e di personalità. S. Sassaroli & R. Lorenzini (Eds). Masson.
- Pinto. A. (2009). "Mindfulness and Psychosis". *Clinical Handbook of Mindfulness*. Springer, New York. (pp.339-368).
- Poerio. V. (2014). "Il Piano di trattamento nelle psicoterapie ad impianto cognitivo: Assessment, Concettualizzazione e Pianificazione del caso clinico. Franco Angeli.
- Priebe. S., Richardson. M., Cooney. M., Adeleji. O., McCabe. R. (2011)". Does the Therapeutic Relationship Predict Outcomes of Psychiatric Treatment in Patients with Psychosis? A Systematic Review". *Psychotherapy and Psychosomatics*. 80(2):70-77.
- Rector.N.S., Stolar. N., & Grant. P. (2011). "Schizophrenia: Cognitive Theory, research, and Therapy". Guilford Press.
- Sanavio. E. "Il colloquio clinico". (1991). (fascicolo monografico n. 30/31 della rivista *Terapia del Comportamento*). Roma: Bulzoni, 1991.
- Schennach. R., Meyer. S., Seemuler. F., Jager. M., Schmauss. M., Laux. G., Pfeiffer. H., Naber. D., Schmidt. L.G., Gaebel. W., Klosterkotter. J., Heuser. I., Maier. W., Lemke. M.R., Ruther. E., Klingberg. S., Gastpar. M., Moller. H.J., NRiedel. M. (2012) "Insight in Schizophrenia- course and predictors during the acute treatment phase of patients suffering from a schizophrenia spectrum disorder". *European Psychiatry*. 27(8):625-633.
- Shifman. J., Walker. E., Ekstrom. M., Shulsinger. F., Sorensen. H., Medruck. S. (2004). "Childhood Videotaped Social and Neuromotor Precursors of Schizophrenia: A prospective Investigation", *American Journal of Psychiatry*, 161(11):2021-2027.
- Staring. AB, Ter Huurne. MA, van der Gaag. M. "Cognitive Behavioral Therapy from negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: a pilot study". *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 44(3):300-306.
- Svensson. B., Hansson. L; (1999). "Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long- term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(4):281-287.
- Turkington. D., Bryant. C., & Kingdon. D. (2007). "Optimising functional outcome in schizophrenia: Combining cognitive behavioural therapy with antipsychotic therapy". *Progress in neurology and Psychiatry*, 11(Supplement):S10-13.

- Van. Os., Gilvarry. C., Bale. R., Van. Horn., E. Tattan., White. I., & Murray. R. (2000) "Diagnostic Value of the DSM and ICD categories of psychosis: an evidence-based approach", *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 35(7):305-311.
- Vender. S., Fraticelli. C., Moalli. M., Poloni. N. (2010): "Widening the concept of insight in the treatment of schizophrenic disorder". *Journal of Psychopathology*, 16:27-35.
- Zimmermann. G., Favrod. J., Trieu. V.H., Pomini. V. "The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis". *Schizophrenia Research*. Volume 77 (1):1-9.
- Zubin. J., & Spring. B. (1977). "Vulnerability: A new view of schizophrenia". *Journal of abnormal psychology*. Volume 86, N°2: 103-126.

Elisa Meraglia, Psicologa-Psicoterapeuta, Treviso
Specializzata in psicoterapia cognitivo comportamentale
e-mail:; elisa.meraglia@psypec.it; elisameraglia@live.it

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

Coping Power Program per adolescenti Nodi critici e possibili adattamenti

Carlotta Bertini¹

¹Associazione Culturale Pandora; Studio Multidisciplinare “Parole in Volo”

Riassunto

I comportamenti violenti, aggressivi e antisociali che caratterizzano una popolazione sempre più estesa di adolescenti, rappresentano un elemento di preoccupazione in molti paesi sviluppati. Nonostante la prevenzione e gli interventi sui comportamenti esternalizzanti siano preferibili in età precoci, alcuni studi indicano che circa la metà dei ragazzi con problematiche comportamentali ricevono un trattamento per la prima volta in adolescenza. Evidenze suggeriscono che interventi mirati a un ampliamento delle competenze genitoriali sono associati a una riduzione delle problematiche comportamentali, un miglioramento della salute mentale e della riuscita educativa.

Nonostante ciò, i programmi d'intervento sulle problematiche comportamentali negli adolescenti sono generalmente meno efficaci di quelli utilizzati nei bambini.

In questo lavoro prenderemo in esame e analizzeremo i vari trattamenti per i disturbi esternalizzanti in adolescenza mettendo in evidenza punti di forza e criticità in modo da ipotizzare una modalità in intervento il più funzionale possibile in questa fascia d'età.

Parole Chiave: adolescenti, coping power program, comportamenti aggressivi.

Summary

An increasing number of teenagers shows violent, aggressive and antisocial behaviors. This trend represents an element of concern in many developed countries. Prevention and intervention on externalizing behaviors is preferable at an early age. Studies show however, that around 50% of children with behavioral problems, get treated for the first time as teen-agers. Evidence suggests that interventions aiming at extending parental competencies are associated to a reduction of behavioral problems, to an improvement of mental health and educational success. The behavioral problems intervention programs are anyhow more successful with kids than with teen-agers.

In the present work different treatments of externalizing disorders in teenagers are analyzed. Strengths and weaknesses are highlighted in order to propose a suitable intervention method for this age range.

Key words: teenagers, coping power program, aggressive behaviors.

Carlotta Bertini, Coping power program per adolescenti, n. 22, 2018, pp. 31-58.

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

I comportamenti violenti, aggressivi e antisociali che caratterizzano una popolazione sempre più estesa di adolescenti, rappresentano un elemento di preoccupazione in molti paesi sviluppati. Nonostante la prevenzione e gli interventi sui comportamenti esternalizzanti siano preferibili in età precoci, alcuni studi indicano che circa la metà dei ragazzi con problematiche comportamentali ricevono un trattamento per la prima volta in adolescenza. Evidenze suggeriscono che interventi mirati a un ampliamento delle competenze genitoriali sono associati a una riduzione delle problematiche comportamentali, un miglioramento della salute mentale e della riuscita educativa.

Nonostante ciò, i programmi d'intervento sulle problematiche comportamentali negli adolescenti sono generalmente meno efficaci di quelli utilizzati nei bambini.

In questo lavoro prenderemo in esame e analizzeremo i vari trattamenti per i Disturbi Esternalizzanti in adolescenza mettendo in evidenza punti di forza e criticità' in modo da ipotizzare una modalità' in intervento il più' funzionale possibile in questa fascia d'età.

I disturbi esternalizzanti in adolescenza

I problemi comportamentali in età evolutiva rappresentano uno dei motivi più frequenti per i quali le famiglie si rivolgono ai professionisti che operano nel campo della salute mentale per ricevere assistenza. Il bambino o l'adolescente con tali problematiche esprime il proprio disagio all'esterno, provocando situazioni di disturbo negli ambienti in cui il comportamento problema si manifesta, con conseguente rottura degli equilibri relazionali. Per questo motivo le problematiche comportamentali vengono anche definite "*problematiche esternalizzanti*" (Di Pietro & Bassi, 2013).

Si possono individuare alcune principali caratteristiche di un bambino o un adolescente con problemi di comportamento, tra queste vi è la tendenza a mostrarsi aggressivo per ottenere ciò che vuole, ad opporsi e trasgredire regole sociali e/o legali e la tendenza ad anteporre i propri bisogni a quelli degli altri.

Tali disturbi comportano più o meno gravi difficoltà relazionali nei vari contesti di vita nei quali il bambino/adolescente è inserito o vuole inserirsi. Le relazioni con i pari spesso sono molto deboli o assenti, i rapporti con i familiari (genitori, fratelli, sorelle ecc.) si connotano frequentemente di conflittualità per la scarsa aderenza alle regole ed è molto probabile che il soggetto viva una serie di insuccessi più o meno marcati a scuola e, in seguito, a lavoro.

Studi sulle traiettorie di sviluppo di soggetti con elevati comportamenti aggressivi e antisociali (Lambruschi & Muratori, 2013) mostrano un'evoluzione della sintomatologia manifesta che va da

un'aggressività maggiormente reattiva, impulsiva e caratterizzata da manifestazioni di tipo *overt* (es: picchiare, lanciare oggetti) che caratterizza l'infanzia, ad una proattiva e strumentale (volta al raggiungimento di scopi personali) tipica dell'età pre-adolescenziale e adolescenziale, nella quale, oltre a sintomi *overt* più gravi rispetto a quelli individuabili nella precedente fascia d'età (che possono arrivare alla violenza fisica o all'omicidio), possono essere presenti anche manifestazioni di tipo *covert* (violazioni di regole, es: furti, rapine, atti di vandalismo). In questi soggetti è stato inoltre osservato che tali comportamenti aggressivi e antisociali si mantengono in età adulta e caratterizzano individui autori di crimini e reati molto gravi e frequenti.

Quando i problemi di comportamento assumono un carattere cronico, non scompaiono in poco tempo in relazione ad un particolare evento transitorio ma rappresentano una modalità standard di risposta agli eventi quotidiani che caratterizza il bambino, eccessivo nell'intensità rispetto ai coetanei, molto frequente e invalidante sul piano relazionale, è possibile parlare di "*Disturbo esternalizzante*" (Di Pietro & Bassi, 2013).

Riferendoci alle categorie diagnostiche ufficiali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition, DSM-5*; American Psychiatric Association, APA; 2013), i principali disturbi del comportamento che si possono riscontrare in età evolutiva sono il Disturbo oppositivo provocatorio (DOP) e il Disturbo della condotta (DC) racchiusi nella categoria diagnostica dei "*Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta*" (DCD), (DSM-5, APA: 2013).

Molte ricerche concordano su un'elevata comorbidità tra DOP/DC (Masi et al., s.d.) e studi longitudinali stanno analizzando il valore prognostico di un severo e precoce DOP come fattore di rischio che, associato ad altri fattori, può rappresentare un predittore per lo sviluppo di condotte antisociali in età adulta (Kraemer et al., 2001). Quanto detto sembra essere associato a un'osservata mutazione della sintomatologia dal DOP al DC (Pardini & Fite, 2010) per poi sfociare in condotte antisociali con possibile evoluzione in un Disturbo Antisociale di Personalità o un Disturbo da Abuso o dipendenza da Sostanze (Milone, 2013). Gli adolescenti con DCD, inoltre, oltre ad essere maggiormente esposti al rischio di adottare condotte poco salutari (uso di alcool, droghe e tabacco in età precoci), appaiono più inclini all'insuccesso e/o abbandono scolastico, aumentando così il rischio di imbattersi in un percorso di sviluppo più difficile e insidioso.

Molti studi si sono interessati alla ricerca di fattori predisponenti per il DCD, in modo da elaborare trattamenti quanto più precoci in ottica preventiva. Tra i fattori che sono stati individuati si ricordano: il ruolo della vulnerabilità neurobiologica e temperamentale, degli stili educativi e

modeling e per quanto concerne in particolare il rischio di un esordio adolescenziale, la frequentazione di gruppi di coetanei devianti, spesso associata a esperienze di emarginazione o rifiuto da parte dei pari in età precedenti (Lambruschi & Muratori, 2013; Lochman & Welles, 2002).

L'intervento sui disturbi esternalizzanti è ovviamente preferibile in età infantile o scolare; tuttavia non tutti i bambini con serie difficoltà di comportamento ricevono un adeguato trattamento per queste e circa un terzo di loro viene preso in carico solo in adolescenza (Brestan & Eyberg, 1998; Broidy *et al.*, 2003). Questi adolescenti, con diagnosi di DC, che arrivano al trattamento in ritardo sono più resistenti al cambiamento per la molteplicità di fattori di rischio che si sono sommati nel tempo e per quanto alcuni studi suggeriscano che soprattutto interventi sul contesto familiare possano ridurre il livello di compromissione comportamentale del ragazzo con DCD (Kazdin & Weisz, 1998; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998; Moretti & Obsut, 2009) in generale, intervenire sui DCD in età adolescenziale sembra risultare meno efficace (Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008).

Ipotesi eziopatogenetiche

Sono presenti in letteratura numerose ipotesi etiopatogenetiche e spesso è necessaria una integrazione fra tali modelli per comprendere i peculiari processi cognitivi dei disturbi esternalizzanti. La psicopatologia dello sviluppo, com'è noto, sottolinea il concetto di multifattorialità nella determinazione delle problematiche comportamentali ed emotive di rilievo clinico, per cui sia lo sviluppo normale che psicopatologico non può costruirsi, ad esempio, solo a partire da un certo dato temperamentale, né da uno specifico deficit neuronale, né da un particolare pattern d'attaccamento, bensì dall'intreccio tra fattori di rischio, da un lato, e fattori protettivi, dall'altro, rintracciabili su diversi domini personali e sociali: caratteristiche proprie del bambino (funzioni neuro cognitive, vulnerabilità biologica, temperamento); qualità dei legami di attaccamento e stile educativo familiare; variabili ecologiche (avversità familiari, economiche, stress sociali, eventi critici che possono colpire il ciclo vitale familiare) (Milone e *et al.*, 2007). Più domini di rischio sono implicati e si sovrappongono, più alta è la probabilità di psicopatologia: ad esempio, in bambini con diagnosi accertata di Disturbo Oppositivo-Provocatorio e di Disturbo della Condotta c'è una probabilità 34 volte superiore alla norma di trovare elementi di rischio in tutti e 4 i domini (Greenberg 1999).

Gli studi sulle funzioni neurocognitive indicano come in questa area psicopatologica vi sia

spesso un difetto nel meccanismo di controllo dell'aggressività, mediato dalla funzionalità dell'amigdala, e del riconoscimento dei segnali di sottomissione dell'altro e questo porta ad una scarsa comprensione e espressione delle emozioni morali e di empatia (Blair 2000). Inoltre è stato ipotizzato che anomalie nello sviluppo neuronale, in particolare nelle funzioni verbali ed esecutive (basso QI verbale, ridotta fluenza e immaturità delle strategie di apprendimento verbale), possano portare i DCD ad avere difficoltà a pianificare soluzioni alternative a problemi interpersonali e ad ipotizzare le conseguenze delle proprie azioni, ad usare il dialogo interno come mediatore dell'auto-controllo e ad avere difficoltà nell'etichettamento delle emozioni e dei loro comportamenti (Milone e et al., 2007)

Anche il temperamento svolge un ruolo molto importante nello sviluppo di questi disturbi, sono stati però poco studiati i processi attraverso cui ciò avviene. Ad esempio, alcuni stili temperamentali (Milone e et al., 2007) potrebbero avere un ruolo centrale nel determinare le difficoltà di regolazione emozionale di questi bambini, inducendoli a mettere in atto azioni impulsive per le quali in seguito proveranno rimorso, ma che comunque avranno difficoltà a controllare, e rendendoli particolarmente inclini ad arrabbiarsi se provocati.

Un bambino con difficoltà temperamentali, da una parte, ed una madre la cui storia di vita e il cui attuale stato mentale impediscono di relazionarsi in maniera sintonica, dall'altra, si influenzano reciprocamente nel modello evolutivo bidirezionale dei disturbi della condotta proposto da Fonagy (Fonagy et al. 1993). Il comportamento incostantemente ed imprevedibilmente responsivo o addirittura intrusivo e spaventante della madre esacerba l'irritabilità di base del bambino, che a sua volta aumenta la difficoltà materna a prendersene cura. Si sviluppano in questo modo modalità di attaccamento insicure particolarmente intense.

Molti studi sottolineano come il pattern d'attaccamento disorganizzato risulti chiaramente correlato con elevati livelli di ostilità e di aggressività in età prescolare e quindi con la categoria dei disturbi della condotta (Lyons-Ruth et al. 1989; Shaw et al. 1994, Shaw et al. 1996, Shaw et al. 2000): questo fattore però costituisce un potente predittore se combinato insieme ad un temperamento difficile (i bambini con entrambi i fattori di rischio mostravano punteggi di aggressività al 99° percentile), mentre la presenza di uno solo di tali fattori correla con livelli di aggressività entro la norma.

I modelli primari di attaccamento disorganizzato, come sappiamo, tendono ad evolvere in età prescolare verso configurazioni cosiddette "controlling": più specificamente, possono assumere uno stile di tipo punitivo oppure di tipo caregiving nei confronti della figura d'attaccamento (Main e

Cassidy 1988; Wartner et al. 1994), o in altri termini quelli che Crittenden (Crittenden 2008) chiama configurazioni coercitive o difese ad alto indice. Ovvero relazioni genitore-bambino in cui per i bambini che sviluppano uno stile di attaccamento compulsivamente genitoriale il controllo della figura materna viene dall'identificazione di ciò che ai genitori piace e dal farlo senza riguardo per i propri sentimenti; mentre negli stili punitivi il bambino usa la conoscenza dei desideri e delle preferenze genitoriali per costringere i genitori, ad esempio impegnandosi nel rifiutare sistematicamente le loro richieste. Possiamo immaginare così che gli esiti e l'espressività sintomatologica finiscano per assumere caratteristiche significativamente diverse entro stili relazionali così differenziati (Lambruschi e Fabbri 2004).

Un altro importante fattore di rischio è rappresentato da un ambiente familiare caratterizzato da pratiche educative coercitive (Patterson 1986) o da prolungati abusi psicologici e fisici nonché deprivazione: tali caratteristiche portano spesso il bambino a sopravvalutare l'efficacia dell'aggressività come modalità di risposta, ad avere difficoltà a dare una corretta interpretazione alle motivazioni che spingono gli altri ad agire e ad un'iper-vigilanza verso i segnali di ostilità altrui (Dodge 1991).

Anche alcune caratteristiche dell'interazione genitore-bambino sono state delineate come fattori di rischio, ad esempio un atteggiamento educativo punitivo e rigido, che spesso assume le caratteristiche di abuso fisico o psicologico risulta strettamente correlato (Milone e et al., 2007) all'insorgenza dei Disturbi del Comportamento con marcata componente aggressiva, mentre un atteggiamento inconsistente, incoerente e trascurante si correla maggiormente ai DCD a prevalente componente delinquenziale. È probabilmente nel tentativo di proteggersi da interazioni primarie con un ambiente sociale ostile che questi bambini si mantengono ipervigili nel monitorare l'ambiente circostante, focalizzandosi sui segnali interpersonali più immediati e soprattutto ostili, senza soffermarsi ad esaminare l'ambiente e a considerare inferenze più complesse circa il comportamento altrui, preferiscono quindi passare agli agiti, piuttosto che soffermarsi a comprendere le motivazioni e le intenzioni sottostanti al comportamento (Lochman e Dodge 1994). Possiamo quindi immaginare che nello sviluppo di tali quadri clinici una peculiare reattività temperamentale vada ad incontrarsi con un contesto di relazione particolarmente critico, sia sul piano delle funzioni educative sia riguardo alla qualità dei legami affettivi (Milone e et al., 2007).

Un'altra caratteristica peculiare dei genitori, riguarda senz'altro le convinzioni e le aspettative nutrite nei confronti di se stessi, del figlio e delle difficoltà di quest'ultimo. Nei genitori dei bambini con problemi di condotta ed aggressività si riscontrano spesso credenze disfunzionali sul disturbo e

sulle modalità di affrontarlo; essi infatti tendono a valutare le difficoltà del figlio come molto più gravi di quanto non siano in realtà e ad attribuirle a tratti disposizionali negativi, interni, stabili e a mancanza di impegno nel controllo da parte dello stesso (Capo 2007); di conseguenza ritengono che la causa e quindi la soluzione dei problemi riguardino esclusivamente il bambino e siano relativamente non modificabili o incontrollabili.

Rassegna dei trattamenti dei disturbi esternalizzanti in adolescenza

I problemi del comportamento nell'età evolutiva rappresentano la causa più frequente di invio di bambini e adolescenti ai Servizi di Salute mentale, con significative ripercussioni sul piano sanitario e sociale (Rocca, Gatti, 2013). Le conseguenze di tali disturbi possono essere particolarmente pesanti, e condurre allo sviluppo di problemi delinquenziali e di salute mentale in età adulta. Gli interventi di trattamento psicosociale per giovani con problemi di condotta o esternalizzanti si sono sviluppati lungo un ampio spettro (da un livello individuale ad uno familiare e comunitario) e sulla base di diverse basi teoriche ma nel complesso, la varietà di interventi che è stata valutata da un punto di vista empirico può essere distinta sulla base del target principale dell'intervento: individuale (sui ragazzi o sui genitori), familiare, sull'ambiente.

Programmi focalizzati sui genitori

Gli interventi incentrati sui genitori sono stati i più studiati nel trattamento dei disturbi della condotta, proprio alla luce del ruolo che l'interazione maladattiva tra genitori e figli riveste nello sviluppo di tali problemi (Moffitt, 1993). Gli obiettivi più importanti di questi interventi sono, dunque, quelli di migliorare le abilità genitoriali e la qualità della relazione con i figli. Sono stati sviluppati due principali tipi di programma: uno di tipo comportamentale, focalizzato sull'aiutare i genitori ad acquisire le abilità necessarie a modificare alcune cause dei comportamenti aggressivi/antisociali, ed uno relazionale, mirato ad aiutare i genitori a comprendere sia le proprie emozioni sia quelle del bambino, incrementando la comunicazione e la relazione con quest'ultimo. In ogni caso, molti programmi focalizzati sui genitori combinano entrambi gli elementi (Gould & Richardson, 2006).

Un modello di intervento molto conosciuto e diretto a potenziare la genitorialità è il Parent Management Training – Oregon (PMT-O). Sviluppato alla fine degli anni '60 dall'Oregon Social Learning Group, tale programma si basa sulla teoria di Patterson e Guillion (1968), secondo la quale l'aggressività ed i problemi della condotta del bambino sono inavvertitamente sostenuti da

comportamenti inadeguati dei genitori, che con una disciplina incoerente, punizioni severe e inappropriate, richieste assillanti ed inefficaci, finiscono per incrementare – piuttosto che ridurre – i comportamenti maladattativi dei figli (Patterson, Reid, Jones & Conger, 1975). L'obiettivo del programma, è quello di insegnare ai genitori ad evitare le pratiche coercitive ed a migliorare le loro capacità genitoriali assumendo comportamenti più coerenti, utilizzando un sistema razionale di premi e di piccole punizioni, elaborando chiare norme di comportamento che il bambino deve seguire, occupandosi maggiormente dei figli ed aiutandoli a risolvere i problemi della vita quotidiana. Il terapeuta lavora direttamente con i genitori in modo domiciliare. Il PMT è utilizzato sia come singolo strumento di intervento sia in combinazione con altre componenti come strategia multimodale. Il programma si è dimostrato efficace nel ridurre il comportamento aggressivo e nel mantenere tali cambiamenti anche a due anni dalla fine dell'intervento (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Hautmann et al., 2009; Forgatch, Patterson, DeGarmo & Beldavs, 2009; Hagen, Ogden & Bjornebekk, 2011). Molte meta-analisi hanno confermato questi risultati (Dretzke et al., 2005; McCart, Priester, Davies & Azen, 2006; Kiobli, Hukkelberg & Ogden, 2013).

Altro intervento che ha postato una marcata efficacia in famiglie con adolescenti fino a 16 anni è il Triple P, Positive Parenting Program, un programma genitoriale designato trattare i disturbi del comportamento attraverso il miglioramento delle abilità e competenze genitoriali. Si struttura in 5 livelli di intervento attraverso un continuum di intensità crescente. Il fondamento logico è che esistano diversi livelli di disfunzione comportamentale nei bambini, e che i genitori possano avere un ruolo differente rispetto al tipo, l'intensità e le modalità di assistenza di cui necessitano i figli. Il Livello 1 è fondato su una strategia di informazione finalizzata ad incrementare l'attenzione della comunità sulle risorse genitoriali, incoraggiando i genitori a partecipare ai programmi ed a informarli circa i problemi della crescita. Il Livello 2 fornisce specifiche soluzioni sul come risolvere comuni questioni dello sviluppo infantile e problematiche comportamentali di minor rilievo del bambino. Esso include suggerimenti e filmati dimostrativi di strategie specifiche per i genitori. Il Livello 3 implica un training di abilità dinamiche, combinando prove e autovalutazioni, con l'obiettivo di insegnare ai genitori come controllare questi comportamenti. Il Livello 4 è deputato a far apprendere abilità positive da applicare in una larga scala di contesti e si svolge attraverso 10 sessioni individuali e 8 di gruppo, per un totale di 10 ore. Il Livello 5 consiste in una strategia di gestione comportamentale superiore per famiglie in cui le difficoltà genitoriali sono aggravate da altre fonti di malessere. Il programma è stato molto valutato sul piano dei risultati fino ai 16 anni di età. In particolare, una recente e completa meta-analisi ha confermato la validità del

Triple-P nel migliorare le capacità genitoriali, nel risolvere i problemi comportamentali dei figli e nell'aumentare il benessere dei genitori.

Programmi focalizzati sulla famiglia

Vari approcci alla terapia familiare sono stati sviluppati e, tra questi, uno dei principali è la Functional Family Therapy (FFT). Tale programma è fondato su di un approccio sistemico, elaborato più di trenta anni fa da James Alexander e Bruce Parsons (1973) per ragazzi di 11-18 anni con comportamenti aggressivi e/o abuso di sostanze. Alla base del programma vi è l'idea che i problemi di comportamento del minore siano l'espressione di un malfunzionamento dell'intero sistema familiare: solo migliorando i canali di comunicazione e di interazione tra tutti i membri della famiglia è possibile addivenire ad un cambiamento pro-sociale del comportamento del bambino. Il programma consiste abitualmente in 8-12 sessioni di un'ora, per una durata di circa tre mesi, ma in casi particolari può essere prolungato. Sono previste diverse fasi in sequenza: all'inizio vi è uno stadio di *engagement and motivation*, durante il quale mediante tecniche di tipo cognitivo il terapeuta cerca di rimpiazzare atteggiamenti negativi con atteggiamenti positivi, cerca di iniziare un'alleanza terapeutica con tutti i membri della famiglia. In un secondo momento (*behavioral change*) le interazioni tra i diversi membri della famiglia sono valutate ed orientate ad un miglior funzionamento del sistema familiare: il terapeuta cerca di far comprendere ciò che ogni membro della famiglia si aspetta dagli altri e di rendere chiari i rapporti tra i diversi membri; vengono indotti cambiamenti delle interazioni familiari facilitando l'identificazione dei problemi, migliorando la comunicazione e sviluppando la capacità di risoluzione dei problemi. In generale, il terapeuta cerca di ristrutturare le relazioni familiari attraverso diverse tecniche (quali ad esempio il *cognitive reframing* e lo *skills training*), al fine di ottenere un cambiamento dei comportamenti. In una terza fase, detta di *generalization*, il cambiamento viene sostenuto e proiettato anche al di fuori dello stretto ambito familiare ad esempio in ambito scolastico o giudiziario), in modo tale che la famiglia si riesca a rendere indipendente dal terapeuta (Rocca, Gatti, 2013).

Programmi di intervento Multi-modali

La combinazione di diverse modalità di trattamento in modo da coinvolgere contemporaneamente diversi livelli di intervento (individuale, familiare, etc.) ha portato alla elaborazione del MultiModal Treatment (MMT), da alcuni considerato il più efficace tipo di intervento (Craig & Digout, 2003). Questo approccio, più complesso di quelli in-

unicamente sul bambino o sulla famiglia, non si limita a sommare due o più tipi di intervento, ma cerca di mettere insieme gli elementi dei diversi programmi che più si addicono alla soluzione dei singoli casi.

Alcuni esempi di MMT sono rappresentati da: Multi-systemic Therapy (MST) e Multidimensional treatment foster care (MTFC).

La terapia multisistemica (Multisystemic therapy, MST), elaborata da Henggeler e coll. (Henggeler, Rodick, Bor-duin, Hanson, Watson & Urey, 1986), rappresenta uno dei più intensivi programmi di intervento, utilizzata soprattutto per adolescenti e preadolescenti antisociali, anche come alternativa al tradizionale percorso giudiziario (Henggeler, Melton & Smith, 1992). Questo programma fu elaborato nella convinzione che il comportamento antisociale sia sotteso da una molteplicità di fattori di rischio a livello individuale, familiare, scolastico, comunitario, e che solo intervenendo contemporaneamente ed intensamente su tutti questi fattori sia possibile ottenere dei risultati. Il programma è focalizzato sulla famiglia e sulla comunità ed è realizzato da una équipe di 3-4 terapeuti che hanno un piccolo carico di lavoro (5 famiglie per ogni terapeuta), sono disponibili 7 giorni la settimana 24 ore al giorno, forniscono un servizio per 2-15 ore la settimana e fruiscono di una intensa formazione e continua supervisione. Il programma dura dai 4 ai 6 mesi e si svolge nella casa del ragazzo ed in altri luoghi da lui frequentati. I terapeuti hanno l'obiettivo di migliorare le capacità educative dei genitori e di influire su insegnanti, educatori ed, in generale, sulle persone significative, al fine di rendere l'ambiente sociale e familiare del ragazzo più favorevole ad un positivo adattamento e meno stimolante il comportamento antisociale. Secondo Henggeler, il MST deve seguire una serie di principi, quali una precisa identificazione del processo di trattamento più adeguato per lo specifico caso, la valorizzazione dei punti di forza del ragazzo, la responsabilizzazione dei membri della famiglia, l'orientamento al presente al fine di risolvere problemi in atto piuttosto che riferirsi al passato, la puntuale considerazione dell'appropriatezza degli interventi in relazione all'età ed alla fase dello sviluppo, il tempestivo, continuo e ripetuto sforzo finalizzato al cambiamento, accompagnato da frequenti verifiche e risposte, un costante impegno nella valutazione del funzionamento del programma, considerando anche gli effetti che seguiranno una volta che l'intervento sarà concluso (Rocca, Gatti, 2013). Sono stati pubblicati studi controversi che ne affermano l'efficacia

Da segnalare Multi-dimensional Treatment Foster Care (MTFC), sviluppato da Patricia Chamberlain e coll. all'inizio degli anni '80 presso l'Oregon Social Learning Centre, per giovani adolescenti che hanno problemi di condotta e non possono rientrare nel contesto familiare

(Chamberlain, 1994; Chamberlain, 2003). Questa tipologia di intervento è fondata sui principi della “Social Learning Theory” questi programmi cercano di far acquisire a genitori, insegnanti ed educatori le skills necessarie a far fronte ai problemi comportamentali del ragazzo, insegnando a stabilire chiari limiti e regole, a sostenere e rinforzare i miglioramenti, stabilendo una stretta supervisione. I terapeuti agiscono anche in modo da favorire i contatti del soggetto con coetanei prosociali e da scoraggiare i rapporti con ragazzi devianti. Rappresenta un programma molto intensivo, che comporta una organizzazione complessa ed una molteplicità di ruoli. L’obiettivo finale è quello di cambiare il comportamento dell’adolescente e favorirne il rientro nella famiglia di origine, ovvero, nei casi nei quali ciò non fosse possibile, l’inserimento in una famiglia adottiva. Diversi studi hanno riscontrato l’efficacia di questi programmi nel miglioramento del comportamento e nella riduzione dell’aggressività dei soggetti trattati e ciò sembra dovuto principalmente al miglioramento della gestione intra-familiare ed all’allontanamento dai coetanei devianti (Rocca, Gatti, 2013).

Programmi multi-modali con focus sull’adolescente

Il modello esplicativo multidimensionale della condotta aggressiva tiene conto delle interazioni tra i processi cognitivo-emotivi implicati nell’atto aggressivo come i fattori di predisposizione individuale e variabili socio-ambientali (Fedeli, 2011). I diversi modelli di trattamento *evidence-based* per i Disturbi Esternalizzanti condividono la struttura multi-modale del *setting*. In generale questi modelli terapeutici prevedono sessioni per i genitori e per i loro figli e hanno come obiettivo quello di ridurre i comportamenti aggressivi dei bambini anche attraverso un aumento delle competenze socio-relazionali dei genitori ed a volte un intervento sul contesto scolastico.

Superare la rigidità di singole posizioni teoriche ed applicative puo’ contribuire a ridurre la distanza fra l’ambito della ricerca e l’ambito clinico favorendo la comprensione di quale variabile specifica interviene nel produrre un certo tipo di esito con un particolare paziente. In generale, la componente che riguarda i genitori, importante nel trattamento di questa patologia, si basa sulla condivisione di alcune tecniche educative ritenute efficaci: ad esempio uso dei premi, *token economy*, *time-out*, dare istruzioni chiare e far seguire i comportamenti positivi da premi o da frasi connotate da affetti positivi. Mentre la componente per i bambini con disturbo da comportamento dirompente dovrebbe prevedere che il terapeuta attraverso l’uso di tecniche ed esercizi di *modelling*, giochi di ruolo, programmi di rinforzo strutturato (es. *token-economy*) cerchi di aumentare nel soggetto l’abilità di autoregolazione, di interazione con gli altri, e di *problem-solving*. Nei prossimi

paragrafo analizzeremo più nello specifico due modelli di trattamento multimodali che si applicano in ambito clinico, il Coping Power Program e la DBT nella versione per gli adolescenti.

DBT versione per gli Adolescenti

Dal punto di vista della DBT molti comportamenti adolescenziali problematici sono influenzati da due fattori importanti: la mancanza di capacità interpersonali di autoregolazione e di tolleranza alla sofferenza e fattori personali e ambientali che inibiscono l'uso che i ragazzi possono avere di queste abilità. Questi fattori, secondo questo approccio, interferiscono anche con lo sviluppo di nuove abilità e capacità, oltre a rafforzare i comportamenti inappropriati. Questa disregolazione emotiva comportamentale, spesso contribuisce al fatto che un adolescente non riesca a formare un senso di sé stabile e abbia difficoltà a instaurare relazioni stabili con coetanei e familiari.

- | |
|---|
| <p>Gruppo multifamiliare di skills training;</p> <ul style="list-style-type: none">-Terapia DBT individuale;-Coaching telefonico per ragazzi e membri della famiglia;-Sedute di terapia familiare (se necessario);-Sedute di terapia individuale (se necessario)-Team meeting di consultazione dei terapeuti;-Possibili trattamenti secondari - farmacoterapia, comunità terapeutiche/residenziali |
|---|

Tabella 1 Modalità della DBT completa ambulatoriale per adolescenti multiproblematici

Il trattamento DBT per adolescenti è composto da cinque set di skills che mirano a proporre delle alternative ai maggiori problemi associati, negli adolescenti, alla disregolazione emotiva. Le skills di mindfulness aiutano a aumentare la consapevolezza di sé, il controllo dell'attenzione, mentre riducono la sofferenza e aumentano il piacere; le skills di tolleranza alla sofferenza offrono strumenti per ridurre l'impulsività e accettare così com'è la realtà; le skills di regolazione emotiva contribuiscono ad aumentare le emozioni positive e a ridurre quelle negative; le skills di efficacia interpersonale aiutano gli adolescenti a migliorare e mantenere le relazioni con i coetanei e i familiari costruendo il rispetto di sé; infine, le skills del percorrere il sentiero di mezzo propongono metodi per ridurre i conflitti familiari, insegnano la validazione, i principi del cambiamento, a pensare e agire in maniera dialettica.

Il trattamento è definito multimodale perché agisce direttamente:

- incrementando le capacità dei ragazzi e dei familiari insegnando abilità specifiche;
- strutturando un ambiente di trattamento per motivare, potenziare e personalizzare l'uso appropriato di queste abilità;
- incrementando la motivazione ai ragazzi a utilizzare nuove abilità acquisite identificando i fattori che mantengono i comportamenti problematici;
- offrendo supporto ai terapeuti che trattano adolescenti multiproblematici.

Abilità del percorrere il sentiero di Mezzo

Dialettica: Pensare e agire in modo dialettico, Dilemmi dialettici

Validazione: Validare se stessi e validare gli altri

Cambiare il Comportamento: Rinforzi, Shaping, Estinzione e Punizione.

Tabella 2. Panoramica del modulo Percorrere il sentiero di mezzo

La DBT per adolescenti modifica leggermente le modalità di intervento della DBT inserendo un modulo legato alle abilità del percorrere la via di mezzo, non presente nella versione classica, svolgendo skills training multifamiliari cui partecipano sia adolescenti, sia genitori, fornendo coaching telefonico non solo agli adolescenti, ma anche ai familiari e offrendo sedute di terapia sia familiari che individuali (Miller et al., 2007).

La sostanziale differenza con il modello della DBT per adulti è legata alla presenza di gruppi multifamiliari in modo che i genitori dei ragazzi imparino lo stesso contenuto dialettico dei figli. La presenza di più famiglie consente il confronto e la possibile formazione di una rete sociale di supporto tra i vari membri del gruppo, fornisce efficaci modelli di coping, motivazione e maggiori possibilità di mettere in pratica abilità acquisite all'interno di un contesto prima più strutturato che ne favorisce l'apprendimento funzionale. Inoltre l'inserimento di un nuovo modulo sulle abilità di Percorrere il sentiero di mezzo mira alla diminuzione dei conflitti familiari, al mantenere la

motivazione al cambiamento modificando efficacemente il proprio comportamento e quello degli altri per garantire una efficacia del trattamento non solo nel breve termine ma anche a lungo termine (Rathus, Miller, 2016).

Al termine del percorso viene fatta una cerimonia finale in cui ragazzi e genitori che stanno lasciando il gruppo offrono il loro feedback costruttivo e si incoraggiano. Questa dimensione è importante perché ricevere continuamente commenti supportivi consolida nei membri della famiglia le nuove opinioni di sé che si sono andate formando nel corso del gruppo. In questo modo si ha una validazione delle difficoltà e del dolore che le famiglie rimaste stanno sopportando e al contempo le motiva a lavorare e a perseverare verso un cambiamento che i membri al termine del percorso gli rimarcano come possibile e alla loro portata (Rathus, Miller, 2016).

Un punto di forza di questo trattamento è che la formazione del gruppo skills training può prevedere numerosi adattamenti e modifiche rispetto al contesto nel quale ci si trova ad operare, in particolare si può decidere se proporre gruppi chiusi o aperti, se definire gruppi di soli adolescenti o per soli familiari, proporre delle varianti per adolescenti ospedalizzati, in strutture residenziali o all'interno del contesto scolastico.

Rispetto all'efficacia del trattamento Rathus e Miller (2016) propongono una rassegna di studi che comprovano l'efficacia del trattamento, in particolare i lavori di Cooney et al. (2012) in Nuova Zelanda, Mehlum et al. (2013) in Norvegia, Linehan et al. (2002) e Miller (2007) hanno rilevato come la DBT adolescenti riduca i comportamenti suicidari, la depressione, e i tratti BPT. Inoltre emerge una buona tolleranza del trattamento da parte dei pazienti, una grande duttilità e una forte aderenza al trattamento con percentuali molto basse di drop out (Rathus e Miller, 2016).

Coping Power Program

Il *Coping Power Program* (Lochman e Wells, 2002) - CPP - è un intervento specifico per la gestione e il controllo dell'aggressività rivolto ai bambini della scuola primaria e dei primi anni della scuola secondaria e alle loro famiglie. Originariamente previsto per l'applicazione nel contesto scolastico, è attualmente utilizzato anche in contesti clinici ed ha una durata di circa 15 mesi. L'impianto teorico del programma è di matrice cognitivo comportamentale e si basa sul *Contextual Social-Cognitive Model* di Lochman, un modello ecologico dell'aggressività in età infantile derivato dagli studi sull'etiologia dell'aggressività in età evolutiva. Tale modello ipotizza che, a partire da fattori di rischio biologici del bambino (complicanze neonatali, fattori genetici, anomali livelli di serotonina o testosterone, fattori temperamentali) alcune caratteristiche del contesto familiare e

sociale (depressione materna, conflitti coniugali, scarso supporto sociale, basso livello socio-economico, frequentazione di contesti sub-urbani o di cultura delinquenziale), oltre ad avere un'influenza diretta sui problemi esternalizzanti dei bambini, ne possono indirettamente aggravare le caratteristiche influenzando alcuni processi cardine quali le pratiche educative genitoriali, le abilità sociali e la regolazione emotiva dei bambini (Lochman, Barry, Powel, Boxmeyer e Holmes, 2008). Dalla combinazione di questi diversi fattori di rischio, i bambini con problemi di aggressività sviluppano quindi una modalità distorta e deficitaria di elaborazione dell'informazione sociale. In particolar modo essi infatti tendono a percepire e a valutare i segnali inter-personali provenienti dagli altri prevalentemente in maniera ostile e a reagire di conseguenza in modo aggressivo (Lochman e Dodge, 1994).

A partire dagli assunti del modello descritto, Lochman e Lenhart (1993) hanno sviluppato un programma denominato inizialmente *Anger Coping Program*, che prevedeva sessioni di gruppo solo per i bambini, e che è stato successivamente ampliato e modificato dando origine al CPP, che, oltre al lavoro con i bambini, prevede delle sessioni di *parent training* di gruppo per i loro genitori (Lochman e Wells, 2002).

Il CPP nasce come un intervento di prevenzione secondaria dello sviluppo delle conseguenze evolutive di un disturbo da comportamento dirompente (uso di sostanze, comportamenti delinquenti, emarginazione sociale), effettuato nelle scuole americane. Numerosi studi confermano l'efficacia del programma nel ridurre i comportamenti aggressivi e l'abuso di sostanze nei ragazzi anche a distanza di tre anni (Lochman e Wells, 2003; Lochman e Wells, 2007a; Lochman e Wells, 2007b), inoltre successive analisi hanno evidenziato un uso maggiore di spiegazioni ancorate ad un locus of control interno, al post-intervento, associate ad una diminuzione degli errori attributivi e delle aspettative ostili ed anche supportate da una maggiore coerenza delle pratiche educative genitoriali (Lochman e Wells, 2002). Tali risultati sono stati confermati anche nell'applicazione del CPP in contesti clinici in particolar modo in Europa (Van de Wiel, Matthys, Cohen-Kettenis, Maassen, Lochman e Van Engeland, 2007; Zonneville-Bender, Matthys, Van de Wiel e Lochman, 2007).

L'intervento si articola in 24 sessioni ciascuna con un tema e degli obiettivi specifici della durata di circa un'ora. Inoltre, di sessione in sessione, il bambino deve raggiungere degli obiettivi minimi a scuola o nel contesto familiare, che di settimana in settimana vengono verificati dal trainer del gruppo attraverso la verifica del "Foglio dei traguardi", un semplice contratto comportamentale la cui novità è che è il bambino stesso, nel contesto di gruppo, a proporre il tema sul quale vuole

impegnarsi. Questo tema, con l'aiuto del trainer, viene operazionalizzato in uno o più obiettivi comportamentali che vengono definiti per la settimana successiva. Il raggiungimento di queste piccole mete permetterà al bambino di accedere ad un sistema a premi presentato all'inizio del percorso.

Lo schema generale di ciascuna sessione prevede quindi:

- 1) Verifica degli obiettivi conseguiti a scuola o a casa
- 2) Introduzione al tema specifico che verrà affrontato durante l'incontro
- 3) Attività specifiche, di volta in volta diverse, riguardanti il tema affrontato
- 4) Assegnazione dei punti in base agli obiettivi raggiunti e all'impegno profuso nell'attività di gruppo
- 5) Momento di gioco libero

Uno degli aspetti caratteristici di questo tipo di intervento è l'inclusione di attività che prevedono l'induzione di un certo grado di attivazione affettiva; il bambino quindi può apprendere tecniche di controllo della rabbia proprio mentre è emotivamente attivato. Come infatti è stato sottolineato precedentemente, le difficoltà di problem solving dei bambini aggressivi tendono ad essere più marcate proprio quando i bambini si trovano in uno stato di attivazione emotiva. Per questo motivo vengono proposti degli esercizi di role playing in risposta ad una provocazione che offrono al bambino la possibilità di modulare la rabbia proprio mentre sono affettivamente coinvolti, questo dovrebbe incrementare la generalizzazione degli effetti del trattamento. Tra gli esercizi più interessanti in questo senso il *Coping Power Program* prevede un'attività in cui un bambino del gruppo viene deriso dal resto del gruppo: mentre i bambini lo prendono in giro il bambino può muoversi su un tappeto su cui è disegnato un grande "termometro della rabbia" allo scopo di graduare il livello di emozione esperita. Inoltre, con l'aiuto del terapeuta, cerca di mettere in pratica opportune strategie e autoistruzioni che lo aiutino a fronteggiare la rabbia in maniera adattativa. Un'altra interessante attività focalizzata sul problem solving in situazioni sociali comporta un'attività di role playing di situazioni conflittuali, anche mediati dall'esperienza di vita dei bambini stessi, in cui si aiuta il bambino ad identificare e a sperimentare le diverse soluzioni alla situazione. Questa attività può essere eventualmente videoripresa in modo da valutare insieme al gruppo le alternative emerse nel corso del role playing ed eventualmente suggerirne di nuove. Successivamente viene proposto ai bambini di valutare le conseguenze positive e negative alla situazione presentata. I bambini sono inoltre inviati a riconoscere come la stessa situazione può essere interpretata in modi diversi chiedendo ai bambini di identificare le diverse ragioni del

comportamento di una persona. L'obiettivo ultimo di questi esercizi, non è tanto quello del "cosa" fare in diverse situazioni, piuttosto quello di promuovere la loro capacità di autoriflessione, di "come" pensare in situazioni difficili. In questo senso essi possono assumere un valore straordinario nel promuovere le capacità di mentalizzazione dei bambini con problemi di comportamento, perché offrono loro la possibilità di esplorare, in forma di gioco, il rapporto tra i loro pensieri, i loro sentimenti ed i loro comportamenti, di capire quali cose possono dire a se stessi per modulare la propria esperienza emotiva, fornendo inoltre materiale prezioso che può essere ripreso nei colloqui individuali.

La componente per i genitori del Coping Power Program è strutturata in 16 sessioni di gruppo con l'obiettivo di sviluppare e potenziare le abilità genitoriali relative a diverse aree quali la promozione dell'organizzazione e delle abilità di studio, l'utilizzo di appropriate pratiche educative, l'incremento della comunicazione familiare ed un continuo aggiornamento sulle attività che i bambini svolgono all'interno del gruppo in modo che i genitori possano sostenere le abilità di problem-solving che i loro figli stanno acquisendo. Come la maggior parte dei programmi di parent training l'intervento prevede l'utilizzo di homework in cui tra l'altro s'invita il genitore ad osservare in maniera sistematica alcuni aspetti del comportamento del figlio e a registrare le proprie reazioni in base al tema sviluppato nella sessione di gruppo. L'obiettivo di tali attività è aiutare i genitori a stabilire regole chiare, gratificare i comportamenti positivi, ignorare i comportamenti oppositori di minor entità, utilizzare le punizioni in maniera adeguata, fornire attenzione positiva. Oltre ai più espliciti scopi educativi con queste attività ci si propone di suscitare nei genitori una diversa visione del proprio figlio e del suo comportamento e di favorire l'instaurarsi di momenti relazionali positivi tra il bambino ed il genitore. Il programma prevede anche due sessioni dedicate alla modulazione dello stress genitoriale che prevedono un momento di riflessione comune su quanto lo stress possa influire negativamente sulle proprie abilità genitoriali ed una seduta collettiva di rilassamento. Viene richiesto inoltre ai genitori di progettare concretamente momenti per la cura di sé all'interno della settimana sollecitando l'attivazione della rete sociale sulla quale il genitore o la famiglia può contare.

Nonostante se ne consigli l'utilizzo anche nella pre-adolescenza e in adolescenza le modalità con cui il Coping Power si applica per questa fascia d'età segue dinamiche diverse rispetto alla versione pensata per i bambini che ancora non sono state standardizzate. Nel prossimo paragrafo prenderemo in considerazione uno studio sull'efficacia del Coping Power nella versione modificata per adolescenti condotto all'interno dell'IRCC Stella Maris nel reparto "*Al di là delle nuvole*" (Muratori

et al., 2016).

Coping Power Program adattamento per gli adolescenti

In uno studio condotto da Muratori et al. (2016) è stata verificata l'efficacia del Coping power per gli adolescenti ridefinendo obiettivi, modalità per perseguirli e l'ingaggio rispetto al trattamento che a questa età risulta l'aspetto più controverso e difficile da ottenere per pazienti con disturbi esternalizzanti.

Il Coping Power riadattato nella componente per i preadolescenti e gli adolescenti, ha previsto l'utilizzo di tecniche cognitive comportamentali ed attività volte al potenziamento di diverse abilità contenute anche nel CPP classico: intraprendere obiettivi a breve e a lungo termine, organizzare efficacemente lo studio, riconoscere e modulare i segnali fisiologici della rabbia, riconoscere il punto di vista altrui (perspective taking), risolvere adeguatamente le situazioni conflittuali, resistere alle pressioni dei pari ed entrare in contatto con gruppi sociali positivi. Il role-playing e l'interazione con i pari sono stati i principali strumenti utilizzati dal programma allo scopo di incrementare la generalizzazione delle competenze acquisite al di fuori del setting terapeutico (Muratori et al., 2016)

I preadolescenti e gli adolescenti sono stati inseriti in gruppi di massimo sette coetanei e hanno frequentato il trattamento una volta alla settimana per circa quattro ore pomeridiane. All'interno dello stesso pomeriggio venivano svolte attività di gruppo psicoeducative e di rinforzo alle strategie di apprendimento, sia il minore che i genitori hanno usufruito di colloqui individuali. Inoltre sono stati previsti incontri stabili tra equipe terapeutica e insegnanti, operatori sociali e clinici territoriali, con i quali veniva concordata la fine del ciclo di trattamento e le modalità di presa in carico successiva. Il lavoro in rete con le equipe territoriali e scolastiche ha previsto, per ogni minore, due incontri a semestre.

- Gruppo di lavoro per gli adolescenti;
- Gruppo di lavoro per i genitori;
- Sedute di terapia individuale per i ragazzi;
- Sedute di terapia individuali per le famiglie;
- Team di consultazione tra gli operatori coinvolti nella presa in carico del ragazzo;
- Possibili trattamenti secondari - farmacoterapia

Tabella 4 Modalità della CPP completa ambulatoriale per adolescenti

L'intervento proposto "Al di là delle nuvole" si è articolato in 26 sessioni ciascuna con un tema e degli obiettivi specifici della durata di circa un'ora. Inoltre, di sessione in sessione, il ragazzo doveva raggiungere degli obiettivi minimi a scuola o nel contesto familiare, che di settimana in settimana vengono verificati dal trainer del gruppo attraverso la verifica del "Foglio dei traguardi", un semplice contratto comportamentale la cui novità è che è il bambino stesso, nel contesto di gruppo, a proporre il tema sul quale vuole impegnarsi. Questo tema, con l'aiuto dei trainers, viene operazionalizzato in uno o più obiettivi comportamentali che vengono definiti per la settimana successiva. Il raggiungimento di queste piccole mete permetterà al ragazzo di accedere ad un sistema a premi presentato all'inizio del percorso (Muratori et al., 2016).

L'impianto pensato nella versione per bambini del CP rispetto al sistema dei punti e della definizione delle regole è stato modificato. Rispetto alla proposta delle regole del gruppo sono state definite in modo collettivo da ogni partecipante, i ragazzi sono stati aiutati nella formulazione delle stesse al positivo, in modo da identificare immediatamente il comportamento corretto da tenere, piuttosto che l'antigoal da perseguire meno immediato e più legato ad altre esperienze vissute dai ragazzi in altri contesti (scuola famiglia, sport) dei quali spesso non conservano un buon ricordo poiché le difficoltà comportamentali in questi ambiti sono state oggetto di richiesta d'intervento da parte della famiglia. Successivamente sono state spiegate le procedure per guadagnare i punti legate a:

- rispetto delle regole identificate dai ragazzi;
- la partecipazione positiva del ragazzo;
- lo svolgimento dei compiti assegnati;

- il raggiungimento del traguardo settimanale.

Nella versione proposta da Muratori e collaboratori (2016) non è stato applicato il sistema delle tre multe per la gestione dei problemi di comportamento, bensì un aggiuntivo *Diario dei Meriti* in cui ogni comportamento messo in atto dai ragazzi (operazionalizzato rispetto alle specifiche peculiarità di ognuno) dava la possibilità di raggiungere cinque semafori verdi che alla fine si traducevano in 10 minuti di free time e gioco libero in più per ogni sezione di lavoro. Questa modifica è stata pensata per creare una coesione del gruppo maggiore, veicolando il concetto di squadra e collaborazione tra membri che è risultato essere uno degli elementi cruciali nel percorso del CP, a maggior ragione per questa fascia d'età.

Altro elemento di cambiamento è stata la strutturazione di due figure fisse nella conduzione del colloquio con due ruoli diversi: una figura che conduceva il gruppo in modo attivo rivedendo homework, i traguardi e introducendo le attività delle varie sessioni e una figura attenta al clima emotivo della sessione di gruppo, con il ruolo di mediatore dei conflitti e sostegno per gli adolescenti in momenti di particolare difficoltà'. Questo cambiamento è stato applicato per promuovere un miglior clima relazionale all'interno del gruppo e una mediazione dei conflitti.

Lo schema generale di ciascuna sessione non differiva da quella prevista nel CPP classico se non rispetto al Momento di gioco libero che è stato ripensato dagli operatori rispetto all'età dei ragazzi promuovendo attività più in linea con l'età dei partecipanti.

L'attività psicoeducativa, prevista nella parte legata all'attività specifica da proporre ai ragazzi, è stata strutturata seguendo un intervento metacognitivo individuale, con l'obiettivo di fornire strategie che promuovessero un atteggiamento più funzionale rispetto ai conflitti presenti nei vari contesti di vita. Vista la difficoltà riscontrata in alcuni ragazzi nella verbalizzazione di situazioni conflittuali, sono state utilizzate le carte situazionali (ABC delle Emozioni, Di Pietro et al. 2007) che riportavano un conflitto o una situazione problematica rispetto alla quale i ragazzi dovevano prima di tutto assumere la prospettiva e il punto di vista del protagonista della situazione per imparare a riflettere sul proprio stato emotivo, sulle proprie cognizioni e sui comportamenti che avrebbero potuto applicare per risolvere la situazione. Successivamente veniva analizzato come le azioni e i comportamenti scelti portassero a conseguenze vantaggiose o meno rispetto ai loro obiettivi iniziali. In questo modo gli operatori hanno lavorato per implementare le capacità di pianificazione, monitoraggio ed autocorrezione rispetto alle strategie di risoluzione dei conflitti promuovendo l'autoefficacia e quegli stati emotivi in grado di sostenere positivamente la relazione con l'altro, come l'empatia e la prospective taking. I ragazzi, durante le tutte le attività, hanno

iniziato a riconoscere come la stessa situazione potesse essere interpretata in modo diverso e di conseguenza essere associata a diversi tipi di emozioni. L'obiettivo ultimo di questi esercizi era quello di esplorare il rapporto tra i loro pensieri, i loro sentimenti ed i loro comportamenti, in modo da capire quali cose potevano dire a loro stessi per modulare la propria esperienza emotiva.

A cadenza bisettimanale sono stati proposti colloqui individuali di sostegno psicologico, a indirizzo cognitivo-comportamentale, della durata di 40' minuti, all'interno dei quali sono state affrontate le aree problematiche legate alla gestione di comportamento accorse sia nel corso del gruppo, sia in altri contesti di vita. Quello che spesso accade infatti è che i ragazzi acquisiscano buone strategie di controllo degli stati emotivi in situazioni poco attivanti mentre in situazioni pregnanti da un punto di vista emotivo queste strategie venissero meno facendo sì che circoli viziosi legate a dinamiche relazionali si mantenessero. Questi colloqui hanno avuto lo scopo di indagare, individualmente le situazioni conflittuali e le dinamiche che si instauravano, fornendo un sostegno al ragazzo rispetto alle possibili strategie di risposta e skills da applicare, inizialmente più comportamentali (uscire dalla stanza, allontanarsi, aspettare 60 secondi prima di rispondere) e via via più mediate dalla componente cognitiva fino ad arrivare guidare i ragazzi verso una ristrutturazione cognitiva. Gli incontri hanno previsto tre momenti principali: Revisione e discussione degli homework in particolare rispetto alle difficoltà emerse, costruzione delle dinamiche relazionali disfunzionali mediante la condivisione del modello in cui queste avvenivano, scelta degli homework per la settimana successiva. L'obiettivo era quello di modificare le capacità di mind-reading, i sistemi di attribuzione motivazionale, le abilità di problem-solving in situazioni interpersonali e/o di compito individuale, le capacità di autocontrollo e di modulazione affettiva. In particolare è stato proposto un intervento centrato sul potenziamento delle capacità di problem-solving e della capacità di automonitoraggio rispetto ai propri stati emotivi fornendo skills utili a rendere consapevoli i ragazzi rispetto alle proprie "molle della rabbia" e a come queste possano in breve tempo modulare l'intensità delle emozioni.

Come ultimo cambiamento rispetto all'assetto classico del CPP sono stati introdotti alcuni principi legati all'assertività ovvero alla capacità di imparare e promuovere comportamenti che potessero esprimere la volontà dei ragazzi rispettando però quella del loro interlocutore attraverso una comunicazione chiara, diretta e completa sia sul piano verbale che sul piano non verbale. In particolare sono stati applicati due moduli del Training sull'assertività la comprensione dello stile comunicativo dei ragazzi, in particolare soffermandosi sugli stili disfunzionali con esempi e esercitazioni; Addestrare i ragazzi a abilità assertive specifiche: Fare richieste, Accettare i

complimenti e Criticare e dare feedback all'altro. Per fare questo sono state proposte attività di role playing nelle quali a turno, dopo una prima fase di apprendimento, veniva chiesto di mettere in pratica l'abilità accusata con gli altri membri del gruppo.

La componente per i genitori è stata strutturata in 13 sessioni di gruppo a frequenza quindicinale e 8 individuali con l'obiettivo di sviluppare e potenziare le abilità genitoriali. Gli obiettivi delle sessioni di gruppo erano quelle del CPP classico:

- Presentare il percorso e creare un "clima di gruppo"
- Individuare modalità adeguate per seguire il figlio nei compiti
- Diminuire lo stress genitoriale
- Migliore le modalità con cui trascorrere tempo con il figlio
- Ignorare comportamenti disadattativi di minore importanza
- Dare istruzioni comportamentali efficaci
- Stabilire regole
- Usare premi
- Usare punizioni contingenti
- Creare momenti di condivisione familiare
- Migliorare la comunicazione intrafamiliare
- Usare tecniche di problem-solving in situazioni critiche
- Mantenere i benefici ottenuti

Come la maggior parte dei programmi di parent training l'intervento ha previsto l'utilizzo di homework in cui si invitava il genitore ad osservare in maniera sistematica alcuni aspetti del comportamento del figlio e a registrare le proprie reazioni in base al tema sviluppato nella sessione di gruppo. L'obiettivo di tali attività è stato quello di aiutare i genitori a stabilire regole chiare, gratificare i comportamenti positivi, ignorare i comportamenti oppositori di minor entità, utilizzare le punizioni in maniera adeguata. Oltre ai più espliciti scopi educativi con queste attività ci si propone di suscitare nei genitori una diversa visione del proprio figlio e del suo comportamento e di favorire l'instaurarsi di momenti relazionali positivi tra il bambino e il genitore.

Negli incontri individuali è stato ampliato il tempo dedicato alla progettazione di momenti per la cura di sé all'interno della settimana sollecitando l'attivazione della rete sociale sulla quale il genitore o la famiglia può contare, questo per cercare di mediare la resistenza al cambiamento degli stili genitoriali, se non adeguatamente supportati e guidati che aumentano con la percezione di sentirsi "soli" e "senza armi" rispetto ai comportamenti provocatori dei loro figli. Sono state anche

discusse singole e specifiche modalità di gestione dei conflitti mettendo in luce quali modalità educative e comportamentali degli stessi genitori possono influire sul mantenimento o sulla risoluzione del comportamento problematico del figlio. Infine, anche se non sempre le caratteristiche psicopatologiche del genitore lo permettono, si cercava di ricostruire lo sviluppo della funzione genitoriale per capire come questa potesse aver portato alla formazione di particolari credenze e schemi attributivi che sottendono e giustificano particolari stili educativi con i figli.

Questo tipo di intervento (Muratori et al., 2016) ha mostrato una massiccia riduzione sintomatologia e un aumento del benessere globale degli adolescenti a breve e lungo termine, mentre non ha avuto nessun tipo di impatto positivo rispetto alle dinamiche familiari. Parallelamente alle ricadute positive nel percorso di gruppo legato agli adolescenti, non sono emersi risultati altrettanto significativi per quanto riguarda il gruppo dei genitori. In particolare lo studio di Muratori e collaboratori (2016) non mostra un effetto nel tempo e una differenza tra i due gruppi rispetto al coinvolgimento, il parenting positivo e il monitoraggio dell'adolescente da parte dell'adulto. Unico dato che migliora nel tempo in relazione allo stile genitoriale è la diminuzione di uno stile di disciplina inconsistente, questo significa che nei due gruppi, diminuisce lo stile genitoriale punitivo e di controllo. Alla luce di queste criticità nel prossimo paragrafo vengono proposte delle modalità di intervento per mediare la scarsa efficacia di questo intervento sul sistema familiare suggerendo una integrazione con la DBT adolescenti che ha come assetto di gruppo quello multifamiliare e non la prevede un lavoro di gruppo separato per familiari e adolescenti cosa che invece il CPP prevede e che sembra rappresentare su questa fascia d'età lo svantaggio maggiore rispetto al dato di efficacia dell'intervento.

Nodi critici e possibili adattamenti al Coping Power Adolescenti

I risultati dello studio di Muratori e collaboratori (2016) indicano che il Coping Power Adolescenti (CPA) ha un effetto significativo sulla riduzione dei comportamenti esternalizzanti e una ricaduta positiva rispetto all'aderenza alle regole degli adolescenti. Il fatto che il CPA risulti maggiormente efficace, rispetto a un generico trattamento cognitivo comportamentale, alla manifestazione sintomatologica pone questo tipo di trattamento come elettivo in età adolescenziale poiché interviene in modo specifico sugli aspetti che maggiormente interferiscono sulla loro qualità di vita e funzionamento. Proprio questa ricaduta positiva sul benessere globale del bambino viene riscontrata anche dai punteggi, significativamente maggiori nel gruppo CPA al test C-GAS nel

tempo, strumento che mira a individuare lo stato di salute degli adolescenti che investe vari ambiti di vita, come il contesto scolastico, il contesto familiare e amicale, a quest'età importante nella definizione del senso di sé e dell'identità. Inoltre, risultati in linea con un maggior benessere negli adolescenti sono stati rilevati in una riduzione significativa nel tempo e rispetto al gruppo BTC dei tratti callosi anemozionali.

Possiamo ipotizzare che la maggiore efficacia mostrata nella versione CPA, sia da ascrivere alle attività specifiche affrontate e strutturate rispetto al potenziamento delle capacità di metacognizione che migliorano i processi utilizzati nel corso degli apprendimenti, e di conseguenza i risultati in ambito scolastico e il senso di autoefficacia esperito dal ragazzo. Inoltre, le modalità il più esperenziali in questo tipo di gruppo hanno permesso di mantenere costante il livello motivazionale e l'investimento sulle attività proposte, poichè viene dato modo all'adolescente stesso di osservare e sperimentare in modo diretto tanti modi possibili di pensare, sentire, comportarsi, senza suggerire direttamente un corretto modello comportamentale. Il ragazzo ha inoltre la possibilità di osservare e sperimentare dal vivo quelle abilità di regolazione emotiva in situazioni emotivamente "calde", nei momenti di maggiore arousal, elicitati dalle varie situazioni proposte dagli operatori.

Altra carta vincente e che ha comportato una modifica rispetto al CCP classico è stata la token economy strutturata al positivo, dove i comportamenti aderenti alle regole più che essere non puniti, come avveniva nella versione CP bambini, sono stati premiati mediante una maggiore libertà nella strutturazione del tempo e delle attività da proporre nel free-time.

Elemento di novità e che ha permesso una maggiore tenuta a livello temporale della riduzione dell'aggressività è l'aver dedicato un intero modulo alla promozione delle abilità di efficacia interpersonale e allo stile comunicativo mediante il protocollo assertivo.

Come già emerso nel paragrafo precedente, parallelamente alle ricadute positive nel percorso di gruppo legato agli adolescenti, non sono emersi risultati altrettanto significativi per quanto riguarda il gruppo dei genitori. In particolare lo studio di Muratori e collaboratori (2016) non mostra un effetto nel tempo e una differenza tra i due gruppi rispetto al coinvolgimento, il parenting positivo e il monitoraggio dell'adolescente da parte dell'adulto. Questi dati, a mio parere sono da ascrivere al fatto che la famiglia, che è un sistema, viene trattato dal Coping Power agendo su singole componenti, senza prevedere mai un momento di confronto tra i due gruppi su cui gli operatori lavorano, adolescenti e genitori. Per ovviare a questo problema sarebbe opportuno prevedere degli incontri di Psicoeducazione in cui gruppo degli adolescenti e genitori affrontano la comprensione delle problematiche comportamentali e delle buone pratiche insieme, in modo da agire sulla

famiglia a livello sistemico e non a compartimenti stagni come il CP classico prevede. per fare questo potrebbe essere utile introdurre la modalità di lavoro presente nel programma DBT per adolescenti, all'interno del quale tutti i moduli di skills training vengono frequentati da adolescenti e familiari insieme. La strutturazione dei gruppi in modo multifamiliare permetterebbe una maggiore comprensione a del funzionamento delle dinamiche disfunzionali e renderebbe possibile un confronto, tra adolescenti e familiari, in un contesto maggiormente protettivo dove alcune criticità relazionali possano essere previste, evitate o gestite in modo più funzionale di come non verrebbe fatto se il confronto fosse esperito nel contesto domestico.

Un ulteriore elemento da potere aggiungere al protocollo del Coping Power Adolescenti è rappresentato dall'insegnamento delle abilità di mindfulness. Nel CPA è sono presenti delle attività tese all'insegnamento della respirazione diaframmatica ma la loro pratica è così sporadica e saltuaria che queste tecniche non vengono generalizzate nel normale contesto di vita dell'adolescente. Prevedere invece l'introduzione di un intero modulo sulle abilità di mindfulness come nella DBT per adolescenti (Rathus, Miller, 2016) che sia presente durante tutto il percorso come esercizio di apertura e chiusura degli incontri permetterebbe agli adolescenti di sintonizzarsi maggiormente con il qui e ora avendo uno spazio definito all'interno del quale potersi ascoltare e capire cosa stanno sentendo e pensando favorendo la comprensione e la discriminazione delle proprie emozioni. Questa tecnica potrebbe essere un fattore protettivo particolarmente indicato in questa fascia d'età andando a promuovere migliori capacità di attenzione e concentrazione, un maggior senso di padronanza di sé carente negli adolescenti con Disturbi esternalizzanti. Allenarsi alla pratica mindfulness permetterebbe ai ragazzi di approcciarsi a una attenzione non giudicante verso sé e a implementare l'empatia e la comprensione degli altri.

Inoltre, con la sospensione del trattamento CPA e BTC perde il sostegno della rete sociale degli altri genitori e terapeutico dell'operatore e di conseguenza potrebbe diminuire il livello di monitoraggio rispetto alle condotte del proprio figlio e aumentare il senso di inefficacia nella funzione genitoriale. Questi dati, a nostro parere, sono da ascrivere al fatto che la famiglia, che è un sistema, è stata trattata in realtà agendo su singole componenti, senza prevedere un momento di lavoro in un gruppo formato da adolescenti e genitori insieme. I risultati del presente lavoro vanno letti alla luce dei limiti dello studio, in prima istanza la mancanza di un disegno sperimentale randomizzato. D'altra parte è il primo studio che valuta l'efficacia del CPA nel contesto italiano ed è il primo studio che valuta l'efficacia di questo modello rispetto ad un altro modello di intervento psicoterapeutico.

Sarebbe quindi utile prevedere, al fine di migliorare l'effetto sui genitori e aumentare l'efficacia del trattamento sugli adolescenti, la realizzazione di uno studio pilota che preveda sedute di gruppo multifamiliari e l'introduzione di un Modulo sulla Mindfulness per una migliore efficacia del trattamento.

Bibliografia

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.
- American Psychiatric Association - APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association - APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Arlington, VA, American Psychiatric Association (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione, Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014).
- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). *Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5272 kids*. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 180–189.
- Broidy, L. M., Nagin, D. S., Tremblay, R. E., Bates, J. E., Brame, B., Dodge, K. A., et al. (2003). *Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: a six-site, cross-national study*. *Developmental Psychology*, 39, 222–245.
- Ciucci, E., Baroncelli, A., Golmaryami, F. N., & Frick, P. J. (2014). *The Emotional Correlates to Callous–Unemotional Traits in Children*. *Journal of Child and Family Studies*, doi:10.1007/s10826-014-0040-3.
- Cohen, J. (1992). *A power primer*. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Dodge, K. A., Greenberg, M.T., Malone, P.S., & Conduct Problems Prevention Research Group (2008). *Testing an idealized dynamic cascade model of the development of serious violence in adolescence*. *Child Development*, 79, 1907-1927.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, R. (2008). *Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behaviour*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215–237.
- Frick, P. J., Viding, E. M., (2009). *Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective*. *Developmental Psychopathology*, 21, 1111–1131.
- Frigerio, A., Vanzin, L., Pastore, V., Nobile, M., Giorda, R., Marino, C., et al. (2006). *The Italian preadolescent mental health project (PrISMA): Rationale and methods*. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 22–35.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in youth*. New York: Guilford.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness: a community study*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.

- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). *Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19–36.
- Kimonis, E. R., Frick, P. J., Skeem, J. L., Marsee, M. A., Cruise, K., Munoz, L. C., Aucoin, K. J., & Morris, A. S. (2008). *Assessing callous–unemotional traits in adolescent offenders: Validation of the Inventory of Callous–Unemotional Traits*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 241–252.
- Lochman, J.E., Dodge, K. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consultant of Clinical Psychology*, 62, 366-74.
- Lochman, J.E., Wells, K., Lenhart, L.A. (2012). Il Coping Power Program. Programma per il controllo di rabbia e aggressività in bambini e adolescenti. In (Edizione italiana a cura di) Pietro Muratori, Lisa Polidori, Laura Ruglioni, Azzurra Manfredi e Annarita Milone. Trento: Erickson.
- Lochman, J.E., Coie J.D., Underwood, M.K., Terry, R. (1993). Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and non aggressive, rejected children. *Journal of consult and clin psychology*, 61,1053-8.
- Lochman, J.E., Barry, T.D., Powell, N., Boxmeyer, C., Holmes, K. (2008). Externalizing conditions. In ML. Wolraich, DD. Drotar, PH. Dworkin, EC. Perrin (a cura di), *Developmental and behavioral pediatrics*. Philadelphia: Elsevier.
- Lochman, J.E., Dodge, K.A. (1994). Social cognitive processis of severely violent, moderately, aggressive and non aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 366-374.
- Lochman, J.E., Lenhart, L.A. (1993). Anger coping intervention for aggressive children: Conceptual models and outcome effects. *Clinical Psychology Review*, 13, 785–805.
- Lochman, J.E., Wells, K. (2007b). The use of the coping power program to treat a 10-year-old girl with disruptive behaviors. *Journal Clinical Child Adolescents Psychology*, 36,677-87.
- Lochman, J.E., Wells, K. (2007a). Influence of neighborhood characteristics on the Coping power program’s effects on children’s behavior and parenting processes. Paper presented in a symposium at the biennial meeting of Society for research in Child Development. Boston, Massachusetts.
- Lochman, J.E., Wells, K.C. (2002). Contextual social cognitive mediators and child outcome: A test of the theoretical model in the Coping Power Program. *Development and Psychopathology*, 14, 945-967.
- Lochman, J.E., Wells, K.C. (2003). Contextual social cognitive mediators and child outcome: A test of the theoretical model in the Coping Power Program. *Development and Psychopathology*, 14, 945-967.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2002). *The Coping Power Program at the middle school transition. Universal and indicated prevention effects*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 540-554.
- Lochman, J. E., Powell, N., Boxmeyer, C., Andrade, B., Stromeyer, S., & Jimenez-Camargo, L. A. (2012). *Adaptations to the Coping Power Program’s structure, delivery settings, and clinician training*. *Psychotherapy*, 49, 135-142.
- McGroder, S. M., & Hyra, A. (2009). *Developmental and economic effects of parenting programs for expectant parents and parents of preschool-age children*. *The Partnership for America’s Economic Success*, 9, 1–20.
- Masi, G., Muratori, P., Manfredi, A., Pisano, S., Milone, A., (2015). *Child Behaviour Checklist emotional dysregulation profiles in youth with disruptive behaviour disorders: clinical correlates and treatment implications*. *Psychiatry Research*, 225, 191-196.
- Milone A, Donateo G, Manfredi A, Muratori P, Nista G, Paziente A, Polidori L, Ruglioni L, Muratori F (2007). Il trattamento multisistemico per i Disturbi da Comportamento Dirompente: uno studio di efficacia. *Giornale di neuropsichiatria dell’età evolutiva*.

- Moretti, M. M., Obsuth, I. (2009). *Effectiveness of an attachment-focused manualized intervention for parents of teens at risk for aggressive behaviour: The Connect Program*. Journal of Adolescence, 32, 1347-1357.
- Muratori, P., Polidori, L., Lambruschi, F., Lenzi, F., Manfredi, A., Ruglioni, L., Lochman, J. E., & Milone, A. (2013). *Un modello di trattamento in setting di gruppo per i disturbi da comportamento dirompente in età evolutiva: Il Pisa Coping Power Program*. Psicologia Clinica dello Sviluppo, 17, 411-428.
- Muratori, P., Milone, A., Nocentini, A., Manfredi, A., Polidori, L., Ruglioni, L., Lambruschi, F., Masi, G., Lochman, J. (2014). *Maternal Depression and Parenting Practices Predict Treatment Outcome in Italian Children with Disruptive Behavior Disorders*. Journal of Child and Family Studies, 24, 2805-2816.
- Muratori, P., Milone, A., Manfredi, A., Polidori, L., Ruglioni, L., Lambruschi, F., Masi, G., Lochman, J. E., (2015). *Evaluation of improvement in externalizing behaviors and callous-unemotional traits in children with disruptive behavior disorder: A 1-year follow up clinic-based study*. Administration Policy Mental Health Service Research. doi10.1007/s10488-015-0660-y.
- Muratori, P., Bertini, C., Milone, A., Mori, G., Lochman, J.E. (2016) *Coping Power per Adolescenti con Disturbo da Comportamento Dirompente*. Psicoterapia Cognitivo Comportamentale, Vol 22 n. 2, 169-181.
- Rathus, J., Miller, A., & Linehan, M. (2014). *BT Skills Manual for Adolescence*. Guilford Press.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). *A children's global assessment scale (C-GAS)*. Archives of General Psychiatry, 40, 1228-1231.
- Shelton K.K., Frick P.J. e Wootton J. (1996). *Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children*. Journal of Clinical Child Psychology, 25, 317- 329.
- Van de Wiel, N. M., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Maassen, G. H., Lochman, J. E., & Van Engeland, H. (2007). *The effectiveness of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual*. Behavioral Modification, 31, 298-312.
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children (3th Ed.)*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

Carlotta Bertini, Roma

**Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Semerari
Gagnani**

e-mail: carlotta.bertini@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 bullismo scolastico e la pratica del perdono

Jessica Fenotti¹

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

Riassunto

Nella pratica clinica spesso si riscontrano nelle storie di vita dei nostri pazienti delle esperienze traumatiche di bullismo. Il bullismo comporta frequentemente problemi di salute mentale e fisica, abuso di sostanze e bassi livelli di soddisfazione personale nelle vittime. Gli effetti negativi del fenomeno sulla salute mentale dei giovani sembrano perdurare nel tempo e avere un esito peggiore rispetto ad altre forme di maltrattamento. Per tale motivo diversi ricercatori hanno studiato le strategie di coping utilizzate per fronteggiare il bullismo, individuando nel perdono un'azione efficace di contrasto.

Il presente lavoro è diviso in due parti: la prima affronta gli aspetti teorici del bullismo e del ruolo del perdono connesso al tema, mentre la seconda illustra l'applicazione del perdono in psicoterapia e un'ipotesi di intervento in questa direzione nel contesto scolastico per prevenire e opporsi al bullismo.

Parole chiave

Titolo inglese

Summary

In clinical practice, traumatic experiences of bullying are often found in the our patients's life stories. Bullying frequently involves mental and physical health problems, substance abuse and low levels of personal satisfaction in victims. The negative effects of the phenomenon on the young people's mental health seem to persist over time and have a worse outcome than other forms of maltreatment. For this reason, several researchers have studied the coping strategies used to tackle bullying, identifying in the forgiveness an effective action of contrast. The present work is divided into two parts: the first deals with the theoretical aspects of bullying and the role of forgiveness connected to the theme, while the second illustrates the application of forgiveness in psychotherapy and a hypothesis of intervention in this direction in the school context for prevent and oppose bullying.

Key words

Definizione di bullismo scolastico

Con il termine bullismo ci si riferisce a un sottoinsieme di comportamenti aggressivi (Olweus, 1999a). Tali comportamenti sono caratterizzati da ripetitività - la vittima viene presa di mira più

volte - e da un abuso di potere - la vittima non può difendersi facilmente per uno o più motivi: si trova in una situazione di minoranza numerica, o è più piccola e meno forte fisicamente dell'aggressore, o meno resiliente a livello psicologico della persona o delle persone che attuano comportamenti di bullismo. Il bullo quindi si caratterizza solitamente per l'uso dell'aggressività che in alcuni casi non rivolge solo ai compagni ma anche a genitori e insegnanti. Ha una marcata impulsività e scarsa empatia nei confronti delle vittime. Secondo Olweus alla base del suo comportamento violento non vi è alcuna tendenza all'ansia o a una bassa autostima ma al contrario il bullo spesso ha una buona immagine di sé (Olweus, 1993). La letteratura sul fenomeno individua quattro forme principali di aggressione rivolte alla vittima:

- Aggressione fisica: picchiare, prendere a calci e pugni, appropriarsi di o danneggiare effetti personali;
- Aggressione verbale: deridere, prendere in giro e minacciare;
- Esclusione sociale: escludere sistematicamente dal gruppo;
- Aggressione indiretta: parlare negativamente alle spalle, diffondere false notizie o segreti personali.

Di solito, i ragazzi tendono ad esercitare il bullismo in modo diretto, mediante sfoggio della loro superiorità fisica, mentre le ragazze tendono ad utilizzare forme indirette di bullismo come l'isolamento sociale allo scopo di ridurre il numero di relazioni positive e di amicizie della vittima.

Negli ultimi anni abbiamo assistito alla nascita e alla crescita di una nuova forma di bullismo, il cyberbullismo. Come sostiene Fedeli (Fedeli, 2011) questo fenomeno consiste nell'utilizzo intenzionale, sistematico e competente degli aspetti tecnici e/o delle dimensioni sociali della rete per procurare un danno ad uno o più soggetti, che non applicano efficaci strategie di contrasto. Ciò sta ad indicare che il bullismo elettronico viene sostenuto da due fondamentali componenti: da un lato l'infrastruttura tecnologica dell'ambiente on-line, in quanto il bullo può sfruttare le potenzialità tecniche di uno strumento o dell'ambiente virtuale stesso per molestare e intimidire la vittima, dall'altro lato la comunità sociale dell'ambiente virtuale, tramite la manipolazione dei rapporti all'interno di una community on-line in modo da denigrare l'immagine sociale della vittima. Si possono individuare diverse forme di cyberbullismo suddivisibili in diverse tipologie:

- *Flaming*. Con tale termine si indicano messaggi elettronici, violenti e volgari, mirati a suscitare "battaglie" verbali online, tra due o più contendenti, che si affrontano ad "armi pari" (il potere è, infatti, bilanciato e non sempre è presente una vittima come nel tradizionale bullismo) per una durata temporale determinata dall'attività on line condivisa;

- *Harassment*. Dall'inglese "molestia", consiste in messaggi scortesi, offensivi, insultanti, disturbanti, che vengono inviati ripetutamente nel tempo, attraverso E-mail, SMS, MMS, telefonate sgradite o talvolta mute;
- *Cyberstalking*. Quando l'harassment diviene particolarmente insistente ed intimidatorio e la vittima comincia a temere per la propria sicurezza fisica, il comportamento offensivo assume la denominazione di cyber-persecuzione. Ciò è maggiormente frequente nell'ambito di relazioni fortemente conflittuali con i coetanei o nel caso di rapporti sentimentali interrotti;
- *Ostracismo sociale*. Può essere perseguito in diversi modi: ignorando il soggetto negli scambi relazionali che avvengono in chat; escludendolo dalle buddy lists di siti blog o pagine personali; rifiutando i suoi messaggi o gli inviti di diventare "amici" ecc;
- *Diffusione di informazioni sociali (outing)*. Si intende con il termine "outing" una forma di cyberbullismo attraverso la quale, il cyberbullo, dopo aver "salvato" (registrazione dati) le confidenze spontanee (outing) di un coetaneo (SMS, Chat, etc.), o immagini riservate ed intime, decide, in un secondo momento, di pubblicarle su un Blog e/o diffonderle attraverso E-mail;
- *Furto d'identità (masquerade)*. Se uno studente viola l'account di qualcuno (perché ha ottenuto consensualmente la password o perché è riuscito, con appositi programmi, ad individuarla) può farsi passare per questa persona e inviare messaggi (E-mail) con l'obiettivo di dare una cattiva immagine della stessa, crearle problemi o metterla in pericolo, danneggiarne la reputazione o le amicizie;
- *Photoshopping e videoposting*. Con il termine photoshopping si indica l'utilizzo di un qualsiasi software di fotoritocco per modificare immagini e filmati riguardanti la vittima, evidenziando o creando situazioni altamente imbarazzanti; il videoposting consiste nella diffusione in rete del filmato stesso, utilizzando siti di condivisione, oppure la posta elettronica ecc;
- *Happy slapping*. Consiste nel riprendere la vittima mentre viene schiaffeggiata e percossa da più aggressori, postando poi il video in rete e diffondendolo tramite il cellulare.

Differenze tra il bullismo tradizionale e il cyberbullismo

La letteratura sul fenomeno del cyberbullismo ha individuato una serie di fattori che lo contraddistinguono dal bullismo tradizionale (Fedeli, 2011):

- *L'impossibilità di fuga.* A differenza del bullismo tradizionale dove la vittima ha la possibilità di fuga e riparo nell'ambiente domestico, nel cyberbullismo la vittima può continuare a ricevere messaggi di testo o e-mail ovunque essa sia a causa dell'invasività dei mezzi informatici;
- *La presenza di osservatori.* Il cyberbullismo può raggiungere un gruppo di spettatori molto più ampio rispetto al bullismo tradizionale dove la presenza di osservatori è limitata dalla prossimità spaziale e temporale;
- *L'anonimato.* Il cyberbullismo non è un'esperienza faccia a faccia e come tale garantisce un senso di anonimato attraverso l'ambiente della rete. Di conseguenza, il cyberbullo può essere meno o del tutto inconsapevole delle conseguenze delle sue azioni. L'assenza di feedback non verbale sulla sofferenza della vittima fa venir meno la capacità di empatia e rimorso con conseguente riduzione della probabilità di intervenire in sua difesa da parte di chi osserva.

Il bullismo omofobico e razzista

Secondo Smith (2014) in alcuni casi il bullismo, più che su caratteristiche personali, trae spunto o viene giustificato dall'appartenenza della vittima a un gruppo spesso emarginato o sfavorito. Talvolta le vittime vengono offese e prese in giro, e in caso di origine etnica diversa da quella bianca sono più spesso oggetto di offese a sfondo razzista rispetto ai soggetti bianchi della stessa età e sesso (anche se non necessariamente subiscono più di frequente altre forme di bullismo). Nelle scuole secondarie, capita che i ragazzi vengano presi in giro per il loro orientamento sessuale e addirittura ridicolizzati o aggrediti fisicamente per questo motivo da compagni o insegnanti (Rivers, 1995).

Il bullismo basato sulla disabilità

I bambini con bisogni speciali hanno un rischio maggiore di subire o agire il bullismo. Questo può essere spiegato da:

- Caratteristiche particolari come la goffaggine, la balbuzie, la scarsa capacità di ascolto rendono questi bambini dei bersagli "facili";
- Nei principali contesti sociali questi soggetti sono generalmente meno integrati e non godono della protezione offerta dalle amicizie contro il bullismo;
- I soggetti con problemi comportamentali possono agire in modo aggressivo e diventare vittime prevaricatrici.

I diversi ruoli degli spettatori

Il bullismo è un fenomeno di gruppo i cui partecipanti assumono diversi ruoli sociali. Oltre alle vittime (che sono ripetutamente e continuamente molestate) e ai bulli (che esercitano il potere sulla vittima), ci sono coloro che assistono agli episodi di bullismo e prendono posizione in queste situazioni attraverso il loro comportamento. Secondo Salmivalli (1999) esistono tre tipologie di spettatori:

- *Gli assistenti*: partecipano alle azioni del bullo e lo aiutano;
- *I rinforzi*: offrono un feedback positivo al bullo, fornendogli un pubblico o incitandolo e incoraggiandolo;
- *Gli estranei*: non si schierano dalla parte di nessuno approvando così il bullo silenziosamente;
- *I difensori*: si schierano dalla parte della vittima, la confortano e cercano attivamente di interrompere l'azione del bullo.

I diversi ruoli della vittima

Secondo Olweus (1993) la vittima di bullismo appare di solito come una persona ansiosa e insicura, che soffre di scarsa autostima e che tende quindi ad avere un'opinione negativa di sé. Si possono rintracciare due profili diversi di vittime di bullismo:

- *La vittima sottomessa*: ha un modello reattivo di comportamento ansioso, sottomesso e associato alla debolezza fisica. Questi ragazzi fin da piccoli mostrano una scarsa capacità di affermare se stessi nel gruppo dei coetanei e in genere hanno un rapporto intimo con i genitori, in particolare con la madre che viene percepita dagli insegnanti come iperprotettiva;
- *La vittima prevaricatrice*: presenta un quadro comportamentale che è il risultato della combinazione del modello ansioso con quello aggressivo. Questi ragazzi evidenziano spesso problemi di concentrazione a scuola, si comportano in modo da provocare irritazione negli altri e talvolta vengono definiti iperattivi.

I correlati del bullismo

Diverse variabili incidono in misura diversa nella diffusione del fenomeno del bullismo. Le principali sono (Blaya, 2007):

- *Età*. I risultati degli studi concordano sul fatto che il bullismo fisico subisce una sensibile diminuzione nel passaggio dalla scuola primaria alla scuola secondaria trasformandosi in una forma di aggressione più indiretta e relazionale;

- *Genere.* Il bullismo di tipo fisico è più diffuso tra i ragazzi mentre il cyberbullismo, l'esclusione sociale e il bullismo indiretto si presentano con maggiore frequenza tra le ragazze;
- *Fattori genetici e temperamentali.* La violenza fisica risulta correlare significativamente con l'impulsività, l'iperattività e col deficit di attenzione, mentre un carattere pauroso e privo delle competenze sociali necessarie per stringere amicizia rappresenta un fattore di rischio per le vittime;
- *Cultura.* Classi scolastiche composte secondo criteri etnici inducono facilmente un senso di ingiustizia e promuovono comportamenti oppositivi e scorretti. Si può dunque inferire che il fattore di rischio per l'assunzione dei comportamenti antisociali non sia tanto l'origine etnica in sé, quanto il posto riservato alle minoranze etniche nella nostra società e nelle nostre scuole;
- *Famiglia.* Gli aggressori solitamente provengono da famiglie autoritarie e punitive. L'esposizione durante la prima infanzia a mancanze di cure o ad abusi fisici o verbali da parte dei genitori, una storia di attaccamento difficile, i conflitti e l'aggressività tra i coniugi rappresentano dei fattori predisponenti significativi all'assunzione del ruolo di bullo o vittima. Inoltre, è stato dimostrato che anche l'abuso di sostanze da parte dei genitori e la depressione materna rappresentano un fattore di rischio rispetto all'assunzione di comportamenti violenti entro l'età di 11 anni. Gli stili genitoriali hanno una forte influenza sullo sviluppo del bambino. Nel contesto di una famiglia autoritaria i bambini possono crescere adottando modelli coercitivi che probabilmente riprodurranno in altri contesti con coetanei più vulnerabili. Vivere in famiglie iperprotettive invece porta più facilmente allo sviluppo di uno stile relazionale remissivo caratterizzato da passività, ansia e difficoltà a instaurare rapporti di amicizia. Ciò espone a un maggiore rischio di essere vittimizzati;
- *Società.* Abitare in un quartiere ghettizzato e degradato, dove il livello di criminalità, di spaccio e presenza di bande è elevato, ha un'influenza importante sul comportamento dei giovani. La mancanza di opportunità di costruirsi un futuro è stata infatti identificata come un rischio significativo di sviluppare comportamenti aggressivi e atti di bullismo;
- *L'ambiente scolastico.* Un contesto di apprendimento caratterizzato da un'eccessiva competitività (esistono tensioni tra gli adulti e le regole sono poco chiare) e l'insuccesso scolastico favoriscono l'insorgenza dell'aggressività e di problemi di condotta negli allievi.

Gli effetti del bullismo sul benessere della vittima

Le vittime di bullismo soffrono frequentemente di problemi di salute mentale e fisica (ansia, depressione, bassa autostima, disturbi psicosomatici e somatizzazioni), abuso di sostanze e bassi livelli di soddisfazione personale (Kowalski, *et al.*, 2013). In casi estremi la vittima può incorrere in condotte suicidarie. Diversi fattori di rischio sembrano intervenire nella relazione tra bullismo e comportamenti suicidari in adolescenza: l'abuso sessuale o fisico, l'esposizione alla violenza familiare, l'uso di sigarette e marijuana, problemi di salute mentale, scappare di casa l'anno precedente la comparsa dei pensieri o dei comportamenti suicidari, stare assenti da scuola e portare un'arma a scuola. I fattori che invece risultano essere protettivi per l'insorgenza del fenomeno sono una relazione positiva con i genitori o altre figure di riferimento, la percezione di essere tenuti in considerazione dagli insegnanti e dagli amici, il successo scolastico, l'attività fisica, e la percezione di sicurezza all'interno della scuola (Borowski, Taliaferro *et al.*, 2013). Da una meta-analisi effettuata su larga scala da Hawker e Boulton (2000), risulta che la vittimizzazione è strettamente correlata alla depressione, moderatamente associata all'autostima globale e sociale, e meno associata all'ansia. Nell'interpretare questi dati intervengono dei problemi di causa-effetto, nel senso che potrebbe essere la vittimizzazione la causa di questi effetti negativi oppure al contrario proprio la depressione e la bassa autostima potrebbero predisporre il soggetto a un rischio maggiore di sopraffazione. Tuttavia, gli effetti del bullismo sulla salute mentale dei giovani sembrano perdurare nel tempo e avere un esito peggiore rispetto ad altre forme di maltrattamento. Ciò suggerisce l'importanza di intervenire in quest'ambito (Lereya, Copeland *et al.*; 2015).

Le strategie di coping per contrastare il bullismo

Il successo delle strategie di coping adottate dalla vittima varia ed è dipendente dall'età e dal genere. Le vittime, in particolare i ragazzi, generalmente non raccontano le esperienze di bullismo ai propri familiari o agli insegnanti (Hunter, Boyle, 2004). Uno studio che ha coinvolto 406 alunni di età compresa tra i 13 e i 16 anni ha individuato cinque strategie di coping: confidarsi con qualcuno, ignorare gli insulti, evitare i bulli e farsi nuovi amici (Smith, Talamelli *et al.*, 2004). La strategia che si è rivelata più efficace per contrastare il bullismo è confidarsi con qualcuno. A distanza di due anni chi aveva smesso di essere vittima aveva più frequentemente parlato con qualcuno (67%) rispetto a chi era rimasto vittima (46%) o lo era diventato (41%). Raccontare agli insegnanti la propria esperienza di bullismo può essere un'utile strategia se il personale docente è in grado di dare ai ragazzi una risposta coerente ed efficace. Essa rimane comunque una strategia meno percorribile soprattutto per le vittime di cyberbullismo (Hunter, Boyle, 2004), che sembrano ricercare maggiore supporto dagli amici e dalla famiglia (Zhou, Tang *et al.*, 2013).

Gli interventi in ambito scolastico

Dato che è relativamente più facile lavorare nelle scuole che intervenire su questioni più ampie a livello sociale e familiare, gli interventi in ambito scolastico sono diventati lo strumento più utilizzato per ridurre il bullismo a scuola. Le azioni per ridurre il bullismo nelle scuole possono essere suddivise in strategie proattive, il supporto tra pari e strategie reattive.

- Le strategie proattive includono una politica scolastica sul bullismo, la supervisione durante l'intervallo e nell'orario mensa, la predisposizione di spazi più adeguati e attrezzati per la ricreazione e il lavoro curricolare in classe (sensibilizzazione e sviluppo dell'empatia tramite la letteratura, la drammatizzazione e i giochi di ruolo).
- L'intervento di supporto tra pari prevede che un gruppo di bambini e ragazzi all'interno della scuola vengono formati per diventare supporters ovvero compagni che possono esprimere vicinanza alle persone che soffrono di problemi di bullismo all'interno della comunità scolastica. Lo sviluppo delle capacità empatiche e di ascolto attraverso un training specifico favorisce, anche in ragazzi molto giovani, l'acquisizione di competenze sociali che possono essere messe al servizio di altri compagni. La ricerca ha evidenziato che per le vittime è più difficile cercare aiuto negli adulti per paura della vendetta del bullo, mentre sembra più semplice aprirsi a compagni che possano ascoltare e dare loro sostegno per affrontare il problema in modo efficace (Smith, Talamelli *et al.*, 2004).
- Le strategie reattive vengono adottate per affrontare gli episodi di bullismo una volta che si sono verificati. Esse includono "sanzioni" punitive per il bullo, l'applicazione del concetto di giustizia riparativa e gli approcci non punitivi. Le sanzioni includono i rimproveri verbali del dirigente scolastico, i colloqui con i genitori, la sospensione dalla scuola, l'attuazione di misure disciplinari. Per giustizia riparativa si intendono invece quegli interventi volti a far riconoscere al prevaricatore i suoi comportamenti negativi e a fargli compiere un'azione riparativa. Infine, gli approcci non punitivi consistono in gruppi di supporto, detti anche metodo Pikas, che hanno lo scopo di incoraggiare il bullo a cambiare atteggiamento, senza attribuirgli colpe o responsabilità dirette (Smith *et al.*, 2007).

Il ruolo del perdono nel bullismo

Il perdono può essere definito come una strategia di coping utilizzata in risposta a un danno interpersonale che riduce la ruminazione rabbiosa, il risentimento e le motivazioni di vendetta a favore della riconciliazione tra il colpevole e la persona offesa (Ahmed, Braithwaite, 2006). Al

contrario, il rancore si può definire come una reazione di stress a un'offesa percepita, ovvero a un'azione che si ritiene ingiusta e immorale, che coinvolge una vasta gamma di emozioni negative: la rabbia, l'odio, l'ostilità, il risentimento, l'amarrezza, la paura e l'ansia (Berry, Whorthington *et al.*, 2001).

In letteratura si possono individuare cinque stadi costitutivi del processo del perdono, inteso come processo di adattamento (coping) a un'offesa (Strelan, Covic, 2006):

- Il sentirsi feriti e arrabbiati;
- Lo sperimentare, a livello affettivo e cognitivo, delle conseguenze negative (per esempio, la ruminazione mentale, l'ansia o la tristezza, la minore autostima che l'offesa comporta);
- Il realizzare che le strategie fino al momento adottate per far fronte all'offesa ricevuta non funzionano;
- La decisione di perdonare o di considerare il perdono come un'alternativa percorribile ;
- Il provare empatia o comprensione per l'offensore.

Il perdono rappresenta una strategia di risoluzione dei conflitti utilizzata all'interno di programmi anti-bullismo di successo che si basano sull'applicazione del concetto di giustizia riparativa (Soutter, MecKenzie, 2000). Nonostante la relazione tra bullismo, perdono e psicopatologia non sia ancora chiara, alcuni studi hanno cercato di comprenderne il legame evidenziando come il perdono rappresenti un'utile strategia di coping per ridurre la rabbia e l'aggressività delle vittime (Watson *et al.*, 2005; Quintana-Orts, Rey, 2018). La pratica del perdono nelle relazioni intime sembra comportare un cambiamento motivazionale positivo verso la riconciliazione e la cooperazione, e una riduzione dell'evitamento e della vendetta nei confronti della persona che ha commesso il danno (McCullough *et al.*, 1997). Tuttavia, negli adolescenti la risposta alla vittimizzazione in termini di perdono, evitamento e vendetta dipende dal tipo di danno percepito: la motivazione al perdono è più bassa tra le vittime di reati penali rispetto a chi è vittima di ostracismo sociale o bullismo; l'evitamento è invece tipicamente utilizzato dalle vittime di violenza sessuale (Gerlsma, Lugtmeyer, 2016). In generale, si può affermare che il perdono tra i giovani aumenta l'*empowerment* personale, il senso di autoefficacia e favorisce la riduzione della rabbia esperita facilitando l'accesso a meccanismi di coping più funzionali per fronteggiare il bullismo (Craig *et al.*, 2008). Il perdono implica inoltre empatia per l'aggressore impedendo alle vittime di auto-attribuirsi la colpa e aumentando i loro livelli di autostima percepita nelle situazioni di bullismo (Noll, 2008).

Gli effetti positivi del perdono

L'atto del perdono determina nella vittima un maggior benessere fisico e psicologico indipendentemente dall'oggettiva gravità dell'offesa. Chi è incline al perdono ha una pressione arteriosa più bassa, un sistema immunitario ed endocrino più forte e in generale una sintomatologia fisica più contenuta; riferisce minori livelli di stanchezza, stress, solitudine e depressione, una migliore qualità del sonno e un minor utilizzo di farmaci, ha abitudini di vita più salutari; è di umore più positivo, è più ottimista, e si dice più soddisfatto di sé e della propria vita in generale (Bono *et al.*, 2008). Todorov (2009) ha riscontrato che i giovani adulti con una tendenza a perdonare più elevata sperimentano un livello di sofferenza emotiva inferiore quando riflettono su esperienze passate di bullismo. Ciò suggerisce che il perdono sembra evocare risposte emotive meno intense e una maggiore percezione di controllo favorendo un ricordo dell'offesa diverso rispetto a quello avuto in origine. Al contrario, la letteratura ha evidenziato come il rancore può far sperimentare diverse emozioni negative tra cui la rabbia, il risentimento, la paura, l'ansia e l'odio (Berry, Worthington *et al.*, 2001).

La maggior parte degli studi si è concentrata sugli effetti positivi del perdono sulla salute psicofisica delle vittime, ma il processo offre dei benefici anche per gli offensori a cui viene data la possibilità di riporre fiducia e speranza nella relazione, aumentando di conseguenza la probabilità che essi assumano un atteggiamento di maggiore responsabilità nei confronti della vittima (Ahmed, Braithwaite, 2006). Gli effetti prosociali del perdono trascendono inoltre la diade vittima-offensore, estendendosi ad altre relazioni. La vittima che perdona è infatti facilitata nel decentrarsi cognitivamente, nello spostare la propria attenzione da sé agli altri, nel percepire un maggiore senso di unità con loro, nel passare da uno stato mentale competitivo a uno stato mentale cooperativo (Van Lange, Holland, 2005).

Credenze e scopi del perdono

Secondo Miceli (1992) il perdono presuppone che il "perdonatore" creda di essere vittima di un torto, cioè di un danno che gli è stato inflitto responsabilmente da un altro agente. In altre parole, per credere di aver subito un torto, la vittima (V) deve: (a) percepire il danno, ovvero la compromissione di qualche suo scopo (dalla cui importanza dipende la gravità del danno stesso) e (b) ritenerne responsabile un altro agente "aggressore"; ciò significa che V crede che l'aggressore aveva lo scopo di danneggiarlo, o quantomeno aveva il potere di evitare il danno ma non aveva lo

scopo di evitarlo. Inoltre, affinché un danno inflitto responsabilmente sia percepito come un torto è necessario introdurre un paio di restrizioni: (c) *V* non deve credere che il danno sia per l'aggressore un mezzo per qualche scopo o interesse di *V* stesso; e (d) *V* non deve credere che il danno sia una punizione (e che tale punizione sia proporzionata al proprio torto).

Secondo il modello intrapsichico del perdono proposto da Miceli e Castelfranchi (2013), l'azione di perdonare comporta il superamento del risentimento e del desiderio di vendetta da parte della vittima (*V*) ed è motivata dalla scelta di cancellare il debito del colpevole (*C*), scelta che a sua volta è motivata dagli scopi di non soffrire per l'offesa e di non far soffrire *C* a causa dell'offesa. L'atto mentale del perdono può avere dunque luogo indipendentemente da comportamenti esteriori, in quanto mantiene la sua natura prosociale e interpersonale. Anche se *V* non manifesta a *C* (o ad altri) il suo perdono, la natura sociale di quest'ultimo è data dalla disposizione mentale di *V*, cioè dalla motivazione di non far soffrire *C* a causa dell'offesa. Lo scopo implicito nel perdono non solo favorisce una varietà di comportamenti prosociali ma è anche di per sé garanzia dell'assenza di disposizioni ostili verso il colpevole. L'assenza di ostilità, se motivata da tale scopo, è in primo luogo un atteggiamento sociale e in secondo luogo una sorta di "stadio zero" della prosocialità. Il colpevole, a sua volta, può reagire al perdono in due modi:

- Può rifiutare il perdono di *V*. Il rifiuto può dipendere dal mancato riconoscimento del torto ed essere accompagnato dal risentimento verso *V* che con il suo perdono gli sta attribuendo una colpa. In questo caso il mancato riconoscimento del torto può essere motivato da esigenze autodifensive. Tuttavia il rifiuto può essere anche guidato dal riconoscimento in toto della propria colpa e dall'assunzione di non meritare il perdono. Infatti *C* può non accettare il perdono di *V* perché considera il proprio torto assolutamente "imperdonabile" o perché crede di dover ancora "espiare" la propria colpa per essere degno di perdono. In altri termini *C* non riesce a perdonare se stesso per il torto commesso;
- Può accettare il perdono di *V*. L'accettazione dipenderà dal riconoscimento del torto commesso e dall'assunzione di meritare il perdono. Quest'ultima assunzione può anche essere favorita dall'offerta di perdono da parte di *V*; oppure implica che *C* abbia già perdonato se stesso.

Gli interventi orientati al perdono in psicoterapia

I due principali interventi specifici sul perdono sono stati messi a punto da Enright e Human Development Study Group (1991) e da Worthington (2001).

Il modello di Robert Enright e Human Development Study Group

Il modello di trattamento di Enright prevede 20 passi raggruppati in quattro fasi distinte:

- Fase di consapevolezza: si tratta di riconoscere l'offesa e la sofferenza a essa collegata e raggiungere la consapevolezza di come l'ingiustizia e il danno conseguente abbiano compromesso la propria esistenza. Venire a contatto con la sofferenza motiva la persona al cambiamento e l'aiuta a rendersi conto di come i modi utilizzati per gestire l'impatto dell'offesa si siano rivelati inefficaci. La persona inizia a prendere in considerazione il perdono per uscire dalla propria sofferenza emotiva;
- Fase decisionale. Si decide consapevolmente di perdonare e dunque di intraprendere il percorso del perdono. Il soggetto inizia a valutare gli svantaggi derivati dalla scelta di non perdonare e i possibili benefici che il perdono apporterebbe. In questa fase è importante chiarire cosa sia e cosa non sia il perdono. Decidere è l'inizio di un percorso e di un'elaborazione che richiede tempo;
- Fase operativa. Si invita la persona a guardare l'offensore da una prospettiva più empatica, considerando il contesto dell'offesa, senza scusarlo ma semplicemente tendendo conto della sua vulnerabilità e delle motivazioni che possono aver guidato il suo comportamento. In questa fase inizia a insorgere una valutazione meno negativa dell'offensore. La vittima inizia a considerarlo come qualcosa di più che solo il torto commesso. La rabbia diminuisce. La comprensione è sul piano razionale, non vi è ancora il desiderio di perdonare, né sentimenti positivi nei suoi confronti. Solitamente il cambiamento cognitivo si presenta prima del cambiamento emotivo;
- Fase di approfondimento. La comprensione conquistata nella fase precedente può determinare una serie di riflessioni nella persona ferita, come quella relativa di aver a propria volta avuto bisogno del perdono altrui nel passato. Si approfondisce il significato del perdono e le sue conseguenze. Si può iniziare a individuare un significato nella sofferenza, sentendosi più in connessione con gli altri, si sperimenta la significativa diminuzione delle emozioni negative, si scopre il senso profondo di ciò che è accaduto, fino a coltivare cognizioni ed emozioni benevole nei confronti dell'offensore.

Il modello di Everett Worthington

Worthington (2001) propone un intervento a cinque passi denominato *REACH*, in cui ogni lettera rappresenta l'iniziale di ciascun passo. Nel primo punto la persona ricorda la ferita subita e i sentimenti ad essa associati (R=*Recall The Hurt*). Successivamente si lavora sull'assunzione di prospettiva e sulle motivazioni che possono aver portato l'offensore ad agire in quel modo (E=*Empathy*). In corrispondenza del terzo punto i partecipanti iniziano a prendere in considerazione l'idea che si possa offrire il perdono come regalo all'offensore, e a ricordarsi quando si è stati a propria volta beneficiati dal perdono altrui (*Altruistic Gift*). Nell'ultima fase (C=*Commit to Forgive*), le persone prendono l'impegno a perdonare, a mantenere la prospettiva che hanno raggiunto ma anche ad approfondirla, nella consapevolezza che il processo del perdono richiede tempo per essere elaborato, accettando la possibilità che riemergano sentimenti negativi nel corso del processo. Anche in questo caso l'esito atteso è una modificazione di pensieri, emozioni e azioni nei confronti dell'offensore nella direzione della benevolenza e della compassione (H=*Hold Onto Forgiveness*).

L'imagery Rescripting applicata ad episodi di bullismo

L'*Imagery Rescripting* è una tecnica che si basa sull'assunto secondo cui le immagini mentali hanno un forte impatto a livello emotivo e rappresentano uno strumento psicoterapeutico utile per ridurre il *distress* associato a memorie negative legate ad esperienze critiche infantili. Le memorie sono informative rispetto alla percezione di sé per cui la loro rielaborazione non modifica tanto gli scopi connessi al ricordo, quanto le informazioni di sé connesse. L'obiettivo degli esercizi immaginativi consiste dunque nel costruire nuovi pattern emozionali e nel riscrivere le memorie autobiografiche in linea con i propri bisogni insoddisfatti. Nello specifico, il modello dell'*Imagery with Rescripting* (Arnzt, Weertman, 1999) prevede tre fasi:

- Nella prima fase si chiede al paziente di chiudere gli occhi e di immaginare l'esperienza dell'infanzia nel modo più vivido possibile. Il metodo non si basa sull'estinzione ma sull'elaborazione di nuove informazioni legate al significato che l'evento ha per sé e per gli altri. Per questa ragione non è necessaria un'esposizione prolungata e non è richiesto al paziente di immaginare e raccontare l'intera esperienza traumatica.
- Nella seconda fase si chiede al paziente di immaginare con gli occhi chiusi la scena da adulto, come se fosse uno spettatore, sia per comprendere cosa pensa, prova e gli piacerebbe fare, sia per intervenire e fare ciò che ritiene sia giusto.

- Nella terza fase si chiede al paziente di assumere di nuovo il ruolo di sé bambino e di visualizzare la scena con gli interventi introdotti dall'adulto, esprimendo ciò che significano per lui e chiedendo all'adulto tutto ciò di cui ha bisogno.

L'intera sessione viene registrata per fare in modo che il paziente la riascolti a casa.

Tab.1 Il modello dell'*Imagery Rescripting*

1. Paziente = bambino	Visualizzare una scena infantile
2. Paziente = adulto	Rescription: rivisualizzare la scena da adulto e intervenire
3. Paziente = bambino	Rescription: rivisualizzare nel ruolo di sé bambino la scena con gli interventi introdotti dall'adulto e chiedergli di intervenire ulteriormente

In una recente ricerca, Hayley Watson (2015) ha confrontato tra loro diversi tipi di intervento di *rescripting* per capire quale potesse essere quello più indicato e portatore di un maggiore benessere individuale nelle vittime di episodi di bullismo. In particolare, su un vasto campione di studenti universitari è stata applicata la tecnica di immaginazione con l'obiettivo di riscrivere l'episodio di bullismo pregresso scegliendo tra i seguenti tipi di intervento: la vendetta rispetto al bullo o ai bulli, il perdono e l'"evitamento" (evitare del tutto il contatto con l'aggressore).

I risultati dello studio hanno evidenziato che chi nell'immaginazione interveniva con un atto di perdono o evitava il contatto con l'aggressore mostrava un'immediata riduzione delle emozioni negative rispetto a chi, invece, interveniva vendicandosi. In particolare, perdonare implicava una risposta iniziale di stress (osservabile anche tramite un aumento della conduttanza cutanea), ma nel lungo termine favoriva migliori risposte di fronteggiamento sul piano emotivo e cognitivo. Al contrario, chi era intervenuto sull'evento con un comportamento di vendetta riportava maggiore malessere e un decremento nei livelli di autostima.

Il perdono dovrebbe comportare un ricordo dell'offesa diverso da quello avuto in origine, che susciti emozioni meno intense e dolorose e riesca a far emergere gli eventuali risvolti positivi derivanti dall'aver saputo fronteggiare e superare l'esperienza traumatica (Paleari e PerLucchi, 2013). Partendo da questo presupposto *l'Imagery with Rescripting* applicata ad episodi di bullismo

attuali o passati si presta a favorire tale processo portando a un maggiore *insight* e a una migliore risoluzione in termini cognitivi ed emotivi del ricordo dell'esperienza.

Una proposta di intervento orientato al perdono in ambito scolastico

L'applicazione del perdono per contrastare il fenomeno del bullismo scolastico è ancora poco indagata. Una proposta di intervento in questa direzione potrebbe prevedere l'utilizzo del metodo di prevenzione del bullismo messo a punto da Olweus (1999), con l'aggiunta di componenti specifiche orientate al perdono (Enright, Fitzgibbons, 2000). Nello specifico, il metodo di Olweus prevede quattro fasi:

- Fase 1: Condividere delle esperienze personali di bullismo all'interno del gruppo classe. Si dividono i partecipanti in coppie o piccoli gruppi e si chiede loro di condividere le situazioni in cui hanno interpretato il ruolo del bullo, dello spettatore o del difensore. Tale strategia aiuta le vittime a sentirsi meno isolate e in generale i partecipanti a diventare più consapevoli del fenomeno del bullismo, imparando a distinguerne le diverse forme e a riconoscerne precocemente i segnali;
- Fase 2: Sostituire le strategie dell'evitamento e dell'aggressione con risposte più funzionali. Secondo Olweus la strategia più efficace da utilizzare all'interno della comunità scolastica consiste nel dire fermamente e inequivocabilmente "no" ai bulli. A tal fine i partecipanti, attraverso delle simulate, si esercitano a praticare questa abilità in diverse situazioni in cui si manifesta il fenomeno del bullismo tenendo presente che, se il comportamento del bullo diventa fisicamente aggressivo, è necessario raggiungere un luogo sicuro e segnalare agli adulti l'accaduto;
- Fase 3: Insegnare tecniche di autogestione e gestione della rabbia a studenti e personale scolastico. Attraverso l'educazione razionale-emotiva i partecipanti apprendono l' "ABC" delle emozioni, in particolare il collegamento tra pensieri ed emozioni, per favorire reazioni emotive equilibrate e funzionali in risposta al bullismo. È proprio in questa fase di consapevolezza che la persona può iniziare a prendere in considerazione il perdono, proprio come via d'uscita della propria sofferenza emotiva.
- Fase 4: Addestrare gli studenti e il personale scolastico a un atteggiamento più empatico. A tal fine si incoraggiano gli studenti ad ampliare il proprio vocabolario emotivo, a esaminare i diversi punti di vista sul fenomeno del bullismo attraverso i giochi di ruolo e ad esprimere il proprio dispiacere facendo qualcosa di positivo per gli altri. In questa fase la vittima,

lavorando sul perdono, può iniziare a comprendere la prospettiva del bullo ovvero le ragioni che possono averlo portato a comportarsi in quel modo. La comprensione, a sua volta, può comportare una serie di riflessioni da parte della persona ferita che possono tradursi in cognizioni ed emozioni benevole nei confronti dell'offensore. Per facilitare questo processo, si riflette sul significato del perdono e sulle sue conseguenze positive, rievocando le situazioni in cui i partecipanti hanno avuto bisogno del perdono altrui.

Come si può inferire dalla descrizione delle diverse fasi è necessario coinvolgere sia studenti che insegnanti per favorire l'apprendimento e la generalizzazione della pratica del perdono creando un clima di maggiore tolleranza e rispetto all'interno dell'ambiente scolastico e del gruppo classe.

Bibliografia

- Arntz, A., Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behavioral Research and Therapy* ; 37, 771-740
- Ahmed, E., & Braithwaite, J. B. (2006). Forgiveness, reconciliation, and shame: Three key variables in reducing school bullying. *Journal of Social Issues*, 62, 347-370.
- Berry, J. W., Worthington, E. L., Jr., Parrott, L., O'Connor, L. E., & Wade, N. G. (2001). Dispositional forgivingness: Development and construct validity of the transgression narrative test of forgivingness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1277-1290.
- Blaya, C. (2007). Il bullismo nella scuola: prevalenza, fattori di rischio e interventi. In Cittadini in crescita. *Rivista del centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza*, 1, 12-28.
- Bono, G., McCullough, M.E., Root L.M (2008). Forgiveness, feeling connected to others and well-being: Two longitudinal study". *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 182-195.
- Borowsky, I.W, Taliaferro, L.A, McMorris, B.J (2013). Suicidal thinking and behavior among youth involved in verbal and social bullying: risk and protective factors. *The Journal of Adolescent Health*, 53 (1 suppl): S4-12.
- Craig, S. L., Tucker, E. W., & Wagner, E. F. (2008). Empowering lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: Lessons learned from a safe schools summit. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20, 237-252.
- Egan, L., & Todorov, N. (2009). Forgiveness as a coping strategy to allow school students to deal with the effects of being bullied: Theoretical and Empirical Discussion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 198-222.
- Enright R., Human Development Study Groups (1991). The moral development of forgiveness. In *Handbook of moral behavior and development*. Chapter: The moral development of forgiveness, Publisher: Erlbaum, Editors: William M. Kurtines, Jacob L. Gewirtz, pp.123-151.
- Fedeli D. (2011). Il cyber bullismo. In D. Fedeli (ed.), *Il bambino digitale* (pp. 39-59). Roma: Carocci.
- Hawker, D. S. J., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 441-455.

- Gerlsma, C., & Lugtmeijer, V. (2016). Offense type as determinant of revenge and forgiveness after victimization: Adolescents' responses to injustice and aggression. *Journal of School Violence*, 1-12.
- Hunter, S. C. & Boyle, J. M. E. (2004). Appraisal and coping strategy use of victims of school bullying. *British Journal of Educational Psychology*, 74, 83-107.
- Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N., & Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin*, 140, 1073-1137.
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Costello, E. J., & Wolke, D. (2015). Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: Two cohorts in two countries. *The Lancet Psychiatry*, 2, 524-531.
- Mancini, F., Barcaccia, B. (a cura di) (2013). *Teoria e clinica del perdono*. Raffaello Cortina Editore.
- McCullough, M. E., Wortington, E. L., & Rachal, K. C. (1997). Interpersonal forgiving in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 321-336.
- Miceli, M. (1992). How to make someone feel guilty: Strategies of guilt inducement and their goals. *Journal of the Theory of Social Behaviour*, 22, 251-276.
- Miceli, M., Castelfranchi, C. (2013). Perdono come remissione del debito. In F. Mancini & B. Barcaccia (a cura di) (2013). *Teoria e clinica del perdono*. Raffaello Cortina Editore.
- Noll, L. D. (2008). Attribution processes in traumatized Latino children. *Dissertation Abstracts International: Section B. The Sciences and Engineering*, 68, 6325-6564.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at School: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Olweus, D. (1999). Sweden. In P. K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano, & P. Slee (Eds.), *The nature of school bullying: A cross-national perspective* (pp. 7-27). New York, NY: Routledge.
- Paleari F.G., Pelucchi S. (2013). La ricerca psicosociale sul perdono interpersonale tra un passato recente e possibili sviluppi futuri. In F. Mancini & B. Barcaccia (a cura di) (2013). *Teoria e clinica del perdono*. Raffaello Cortina Editore.
- Quintana-Orts, C., & Rey, L. (2018). Forgiveness and cyberbullying in adolescence: Does willingness to forgive help minimize the risk of becoming a cyberbully? *Computers in Human Behavior*, 81, 209-214.
- Rivers, I. (1995) Mental health issues among young lesbians and gay men bullied in school. *Health and Social Care in the Community*, 3, 380-383.
- Salmivalli, C. (1999). Participant role approach to school bullying: implications for Interventions. *Journal of Adolescence* 1999, 22, 453-459.
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 112-120.
- Smith, P. K., Talamelli, L., Cowie, H., Naylor, P. & Chauhan, P. (2004). Profiles of non-victims, escaped victims, continuing victims and new victims of school bullying. *British Journal of Educational Psychology*, 74, 565-581.
- Smith, P.K., Howard, S., Thompson, F. (2007). A survey of use of the Support Group Method in England, and some evaluation from schools and Local Authorities, *Pastoral Care in Education*, 25, 4-13.
- Smith, P. K. (2014). *Understanding School Bullying: Its Nature & Prevention Strategies*. Sage Publications.
- Soutter, A., & McKenzie, A. (2000). The use and effects of anti-bullying and anti-harassment policies Australian schools. *School Psychology International*, 21, 96-105.

- Strelan, P., Covic, T. (2006). A review of forgiveness process models and a coping framework to guide future research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 10, 1059-1085.
- Van Lange, P.A.M., Rusbult, C.E., Drigotas S.M., Arriaga, X.B., Withcher, B.S., Cox, C.L. (1997). Willingness to sacrifice in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1373-1395.
- Watson, H., Rapee, R., & Todorov, N. (2015) Imagery rescripting of revenge, avoidance, and forgiveness for past bullying experiences in young adults. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45, 73-89.
- Watson, H., Rapee, R., & Todorov, N. (2015). Forgiveness reduces anger in a school bullying context. *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 1-16.
- Worthington, E.L., J.R. (2001). *Fivestepstoforgiveness: The art and science of forgiving*. New York: Crown Publishers
- Zhou, Z., Tang, H., Tian, Y., Wei, H., Zhang, F. & Morrison, C. M. (2013). Cyberbullying and its risk factors among Chinese high school students. *School Psychology International*, 34, 630-647.

Jessica Fenotti, Psicologa-Psicoterapeuta, Brescia
Specializzata in psicoterapia cognitiva SPC Verona, training
Mancini e Prunetti
e-mail: jessica.fenotti@outlook.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

Dissociazione e disturbi alimentari Un caso trattato con tecniche di imaging

Gloria Fioravanti¹

¹ Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (APC Verona)

Riassunto

Sandra soffre di Sindrome da Alimentazione Notturna e Bulimia Atipica. Viene seguita in una prima fase con CBT standard, alla remissione dei sintomi la terapia viene interrotta. Dopo un anno, in seguito alla rottura di una relazione affettiva, i sintomi si ripresentano sotto forma di abbuffate notturne che avvengono in stato di dissociazione. Alla luce di questo integro il modello CBT di Fairburn con alcune tecniche di imaging, secondo il modello della Schema Therapy. Gli esiti sono positivi: gli episodi di abbuffata sono ridotti, migliora il rimuginio ipercritico e il perfezionismo.

Parole Chiave Sindrome da Alimentazione Notturna, Bulimia Atipica, Imaging

Dissociation and eating disorders A case treated with imaging techniques

Summary

Sandra suffers from Night Eating Syndrome and Atypical Bulimia. In a first phase, She was treated with standard CBT. The treatment was interrupted upon the remission of symptoms. After a year, subsequently the breakdown of an affective relationship, the symptoms recurred in the form of nocturnal binges occurring in a state of dissociation. Considering the Sandra's the clinical state, I provided the Fairburn CBT model with some imaging techniques, according to the model of Schema Therapy. The outcomes are positive: the episodes of binge has decreased, the hypercritical worry and perfectionism improves.

Key words: Night Eating Syndrome, Atypical Bulimia, Imaging

Descrizione del caso

Sandra è una bella ragazza di 30 anni, curata e dai modi sicuri. Si definisce una persona forte e decisa, riflette molto sui suoi problemi, tuttavia fatica a riconoscere le emozioni che prova, è sempre molto franca, diretta e pragmatica. Lavora in uno studio commercialista ed è l'amante di Luca, il titolare. Lo definisce il rapporto più serio e profondo che abbia mai avuto. Viene da me perché soffre di sindrome da alimentazione notturna. Precedentemente, a 21 anni ha avuto un disturbo bulimico con vomito auto-indotto durato qualche mese, in seguito al quale ha continuato ad abbuffarsi e restringere per gli anni successivi con periodi in cui la patologia rientrava o si acutizzava a periodi altalenanti. Il suo peso minimo è di 54 kg (bmi: 18.3), massimo di 72 kg (bmi:24.3). Attualmente pesa 67 kg variabili. La frequenza delle abbuffate al momento dell'invio è di due volte alla settimana per quelle giornaliere e tutte le notti. Durante la terapia emergono importanti sbalzi d'umore, e una intensa rabbia verso Luca. Teme il giudizio altrui, fatica a chiedere, riportando spesso di sentire che "non deve disturbare". Teme di rimanere da sola e ha un forte desiderio di farsi una famiglia. Costruisce pochi rapporti di amicizia.

Il nucleo psicopatologico del disturbo è quello tipico del DCA elaborato da Fairburn e coll. nel 2003, ovvero "eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione" rispetto al quale la credenza sottesa è "non sono amabile, ma se divento magra sono più accettabile e quindi più amabile". Le abbuffate avvengono in seguito alla restrizione o come "modulatore affettivo", ovvero come modalità per gestire i suoi principali stati mentali. Il vomito è finalizzato al controllo del peso corporeo. Le abbuffate notturne avvengono in stato dissociato: non ricorda nulla, salvo scoprire le confezioni vuote vicino al letto.

Il principale stato problematico di Sandra è la rabbia. Si arrabbia con Luca e con le persone a lei vicine perché sente la labilità di questi rapporti ("società liquida" cit. Baumann). A volte la rabbia è più forte, a volte invece si trasforma in inquietudine attiva caratterizzata da sensazioni di solitudine e vuoto. Quando è in questo stato d'animo attivo eccede nei seguenti comportamenti a seconda delle circostanze: attività fisica eccessiva e compulsiva, fumo, cibo e alcool. Quando questo stato mentale sfuma si trasforma in tristezza legata alla paura abbandonica e alla deprivazione affettiva, riassumibile nella credenza "non sono stata, né sarò mai, amata". Le abbuffate avvengono quando la tristezza e la paura abbandonica raggiungono il culmine come modalità auto consolatrice a cui segue uno stato d'animo depresso che la porta a sviluppare comportamenti di chiusura come andare a dormire.

Sulla base di queste credenze e stati mentali Stefania sviluppa due credenze secondarie:

- “poiché viviamo in una società liquida dove le relazioni non contano, sono aride, sono una stupida a cercare vicinanza, devo essere forte e bastare a me stessa”. Scopo raggiungibile attraverso lo sviluppo di obiettivi perfezionistici (lavoro, sport, corpo) controllati in modo ossessivo e con una modalità critica. Questo atteggiamento ottiene il triplice scopo di migliorarle l'autostima quando raggiunge le mete prefissate, la tiene distante dal secondo stato mentale, e le permette di “sentire” meno.

- “poiché viviamo in una società liquida dove le relazioni non contano, conta solo l'apparenza, se sono magra sono più amabile”. Scopo raggiungibile attraverso la costante ricerca della magrezza.

Infine ad accompagnarla è un incessante rimuginio critico su sé stessa e le sue capacità: se è in modalità “pilota automatico” si critica dicendosi che non sta facendo abbastanza per raggiungere l'obiettivo; se è nello stato mentale arrabbiato si attribuisce le colpe per essere una “povera illusa a credere nelle relazioni”; se è nello stato mentale abbandonico si critica perché non è “abbastanza.. bella, brava, magra”. Infine se è nello stato mentale inquieto la critica è assente in quanto sostituita da comportamenti compulsivi.

Sandra ha alcuni problemi nelle relazioni: se prende peso non esce più, utilizza i rapporti sessuali per legare a sé gli uomini e se ha delle difficoltà nelle relazioni le chiude “taglio con gli altri prima che loro taglino con me”. Inoltre volendo vivere le amicizie sempre come qualcosa di costruttivo rischia di costruire relazioni aride. Queste relazioni superficiali alimentano la sensazione che le reazioni possano essere solo utilitaristiche. Infine il funzionamento narcisista di Luca porta Sandra a non sentirsi mai all'altezza di poter essere la “prima scelta”. “Ha inciso sulle mie insicurezze dandomi quello che mi mancava, ma senza esserci completamente”. Questi vissuti validano il suo funzionamento perfezionistico. I rimuginii notturni la portano a svegliarsi arrabbiata e sudata. Nei periodi di forte nervosismo aumentano le abbuffate notturne.

Esordio e vulnerabilità

Sandra fin dall'infanzia utilizzava il cibo come modulatore affettivo, in particolare ricorda che “d'estate dalla nonna mi abbuffavo quando non mi vedeva nessuno, mi sentivo già allora cicciotta e inadeguata”. Tuttavia, l'esordio risale a 16 anni quando, raggiunto il suo peso minimo di 54 kg ottenuto con una leggera restrizione, rompe i legamenti e prende 5-6 kg. Sandra inizia ad alternare periodi di abbuffata a periodi di restrizione per tornare al peso precedente, fonte di rassicurazione

dovuta ad una maggiore sensazione di controllo e all'incremento del riconoscimento sociale. Lo scompenso avviene a 21 anni con l'inizio della sintomatologia bulimica. Si lascia con il primo fidanzato e si sente sola, vuota. Con il disturbo raggiunge alcune tristi consapevolezze verso la famiglia d'origine "prendo 12 kg (raggiunge i 72 kg) e neanche se ne accorgono, li ho capito che con i miei non c'è proprio più speranza perché non capiscono".

Vulnerabilità Storica. Gli aspetti critici e perfezionistici li ha adottati dal padre, riporta spesso episodi di quando da giovane il padre la sgridava per le prestazioni sportive e lei pensava "non sono ancora abbastanza". L'incapacità di riconoscere e regolare gli stati emotivi è dovuta anche in parte dalla mancata regolazione emotiva familiare, il padre è violento e scarica la rabbia con scatti d'ira, la madre è emotivamente "catatonica" e incapace di stare in contatto emotivo con la figlia, per cui non ha mai imparato a regolare le emozioni, anzi, la spaventano. La madre è una donna infelice, cognitivamente rigida, abusata dagli zii materni, non protetta e invalidata a sua volta da sua madre, la nonna di Sandra. Soffre di depressione e ha dei comportamenti ossessivo-compulsivi (es. "fa la spesa come se fossimo ancora in sei", "pulisce stanze vuote con la frequenza di prima"). La madre espose Sandra in tenera età allo stesso ambiente in cui lei venne abusata, non accede però probabilmente al ricordo, somatizzandolo sul piano fisico "mentre ero dai nonni mia mamma stava sempre male". Sandra in risposta all'attaccamento disorganizzato della madre ha ipercompensato con una strategia di inversione dell'attaccamento prendendosi cura di lei e riesce a rimanere in contatto con le proprie emozioni solo se le controlla.

Ulteriormente traumatici e rafforzativi dell'inversione dell'attaccamento risultano essere due eventi traumatici legati alla madre: a 10 anni trovò sua madre con la cintura al collo mentre il padre provava a togliergliela, la madre continuava ripetere di voler "solo morire" incurante del fatto che la figlia fosse in piedi davanti alla porta e un ricovero per esaurimento nervoso quando Sandra ha 15 anni. Queste esperienze portano Sandra non solo a modularsi costantemente su di lei, cercando un rapporto e una connessione che non riesce ad avere, ma anche ad un generale stato di allarme che la porta a preoccuparsi ogni qual volta la madre non le risponde subito. Il bisogno incessante di cercare una connessione con la madre porta Sandra a sentirsi sola e indegna d'amore. Quest'esperienza si presenta tutt'oggi con estrema vividezza nei sogni; al ricovero della madre Sandra vive un forte senso di preoccupazione, sconforto, senso di inutilità e colpa per l'incapacità nell'aiutarla;

Il padre è emotivamente freddo, distante, egoista, poco affettuoso e attento, violento: "risolveva tutto con le botte, non provava a capire quali erano i problemi e diventava violento per ottenere il

silenzio e il rispetto”. “Non si interessava a me, mi trattava come un adulto, mi seguiva solo per lo sport, il calcio, tuttavia quando veniva a vedermi mi sgridava e basta”. Infine il senso di non appartenenza e di solitudine aumenta quando esce di casa e va ad abitare dalla sorella maggiore. La quale però si comporta in modo crudele, la picchia e la definisce una “obesa di merda”.

Vulnerabilità Attuale. La riattivazione degli stati mentali critici di rabbia o di paura abbandonica fanno da trigger per la comparsa di episodi di abbuffata diurna e notturna, quest’ultima in particolar modo in seguito all’attivazione dello stato mentale di rabbia che la porta ad andare a letto in un forte stato di tensione e a rimuginare anche di notte, aspetti che incrementano i risvegli notturni a cui segue l’abbuffata e il distacco di Luca, che attualmente la cerca ancora facendola sentire desiderabile ma che non è disposto a lasciare la moglie, aspetto che potrebbe incrementare la sensazione di non amabilità.

Obiettivi e descrizione del percorso psicoterapeutico

Gli scopi del trattamento sono di diminuire le abbuffate diurne e notturne attraverso la regolazione emotiva e alimentare. Inizialmente le tecniche utilizzate sono state quelle tipiche del protocollo di Fairburn all’interno di un percorso di psicoterapia cognitiva: psicoeducazione rispetto al DCA e riequilibrio nutrizionale attraverso l’utilizzo del diario alimentare e degli abc rispetto alle abbuffate, la validazione del suo disturbo letto alla luce del suo funzionamento, il riconoscimento degli stati emotivi in cui si trova attraverso gli abc e le catene comportamentali; il miglioramento dell’insight rispetto alla sua storia di vita e familiare per permetterle di comprendere e successivamente, accettare, il funzionamento dei propri genitori. In un secondo momento, alla riacutizzazione dei sintomi analizziamo il dialogo interiore, in particolar modo il ruolo e significato del rimuginio critico e auto invalidante e la sua connessione con il disturbo alimentare e il funzionamento complessivo di Sandra. Inizio ad utilizzare alcune tecniche derivante dalla Schema therapy per accedere alla sua parte critica e vulnerabile attraverso le tecniche di imagery e l’installazione del luogo sicuro.

All’inizio con il protocollo di Fairburn lavoriamo sulla restrizione dietetica, sulla regolazione del ritmo sonno veglia e sulla comprensione dei suoi stati emotivi tramite gli ABC. Analizziamo anche il ruolo che la bassa autostima nucleare e la disregolazione emotiva hanno sul mantenimento del disturbo. Dopo questa prima fase durata sei mesi le abbuffate rientrano per sei mesi e interrompiamo la terapia. Poi si ripresentano. Prima di intraprendere nuovamente la terapia, alla luce della ricaduta e della presenza di un Disturbo Depressivo Maggiore nella madre, in data

11.11.2016, Sandra effettua un colloquio psichiatrico, per valutare il possibile utilizzo degli SSRI per trattare la Night Eating Syndrome. Durante questa prima visita tuttavia viene deciso di proseguire senza supporto farmacologico.

In questa seconda fase della terapia integro il protocollo con la schema therapy: ovvero ricostruisco il suo funzionamento utilizzando le immagini della schema therapy: bambino vulnerabile, genitore critico, adulto sano, mode di coping; istallo il luogo sicuro e utilizzo come tecniche di imaging l'istallazione del luogo sicuro e l'esposizione alle scene familiari "peggiori" con il supporto del terapeuta. lavoriamo anche per migliorare l'insight sul dialogo critico: riconosciamo che il dialogo critico pur aiutandola a raggiungere le sue mete perfezionistiche non le permette mai di potersi rilassare e di "stare" bene con sé stessa; osserviamo che il rimuginio critico la porta a punirsi obbligandosi a "mangiare fino in fondo". Sviluppiamo quindi in seduta alcune strategie per distanziarsi dal dialogo critico:

- fermarsi e riconoscere quando parte il dialogo critico "perché devo parlarmi in questo modo?",
 - re-call del luogo sicuro,
 - accettazione dei suoi limiti e difetti, riconoscendosi per quello che è,
 - sviluppo di un dialogo interiore auto validante ascrivibile alla sua parte di "adulto sano".

Fondamentale inoltre si è dimostrato essere il lavoro di comprensione e accettazione del funzionamento genitoriale, per provare ad istaurare oggi un rapporto più consapevole, libero dalla rabbia. Infine sottolineiamo l'importanza di sviluppare rapporti di amicizia e momenti ludici fine a se stessi, senza per forza aver attivo uno scopo prestazionale.

L'assessment in Schema Therapy viene fatto attraverso la somministrazione e l'analisi del test YSQ. Dal test YSQ di Stefania emerge che lo schema più significativo è: "standard elevati" a cui segue: "auto sacrificio", "punizione", "deprivazione emotiva", "ricerca di approvazione", "autocontrollo insufficiente" e "abbandono". Questi risultati confermano quanto ipotizzato con il modello CBT, ovvero che Sandra risponde alla sua credenza centrale di non amabilità attraverso l'utilizzo di strategie perfezionistiche per accrescere la sua stima personale. Quando queste strategie, nonostante i sacrifici auto imposti, falliscono, il rimuginio critico si infittisce e può divenire punitivo. Nello schema sotto stante riassumo in termini di mode il funzionamento di Sandra:

Mode infantili

Bambino vulnerabile: si sente sola, bisognosa di amore e priva di una guida sicura. Dato che i suoi bisogni emotivi più importanti non sono stati soddisfatti, Sandra si sente vuota e immeritevole di amore. Schemi significativi al YSQ: deprivazione emotiva, abbandono, imperfezione.

Bambino arrabbiato/impulsivo: emerge quando avverte che i suoi bisogni emotivi sono insoddisfatti. Schema significativo al YSQ: autocontrollo insufficiente.

Mode Genitoriale

Genitore esigente: si esplica attraverso la pretesa di standard elevati e l'incessante rimuginio critico verso se stessa e le sue capacità nello stato mentale di rabbia e attraverso un dialogo interiore che conferma la sua non amabilità quando è nello stato mentale di tristezza.

Genitore punitivo: mette in atto comportamenti punitivi quando Sandra "sgarra" dagli ideali perfezionistici, in particolare se mangia, obbligandola a "mangiare fino in fondo" o "massacrarsi" in palestra.

Mode di coping

Ipercompensazione: Dal test YSQ emerge che il mode di coping principale è l'ipercompensazione perfezionistica. Poiché avverte che viene apprezzata dal padre esclusivamente quando riesce a farlo sentire grandioso. Ipercompensa attraverso la strutturazione di credenze riassumibili nell'attivazione degli schemi "standard elevati" e "autosacrificio" attive in particolar modo nello stato emotivo di rabbia. Ipercompensa anche con la madre con una strategia di inversione dell'attaccamento prendendosi cura di lei pur di sentirla vicino.

Resa/Sottomesso Compiacente: accettazione del rapporto asimmetrico con Luca, utilizzo del rapporto sessuale per ottenere attenzione e affetto.

Evitamento/Protettore distaccato: Quando lo stato mentale rabbioso sfuma e lascia spazio alla tristezza dove è attivo lo schema "deprivazione emotiva" e "abbandono" e la credenza centrale è "non sono stata né sarò mai, amata" abbuffa.

Utilizzo alcune tecniche derivanti della Schema therapy per accedere alla sua parte critica e vulnerabile come le tecniche di imagery e l'istallazione del luogo sicuro. Restituisco a Sandra la sua

formulazione attraverso l'utilizzo del "linguaggio" tipico della schema therapy, il quale risulta essere più efficace e fonte di insight rispetto alle modalità precedenti, probabilmente perché più "metaforico".

Inizialmente procedo con l'istallazione del luogo sicuro, nella scena Sandra si immagina sul molo al lago ma quando iniziamo a immaginare la scena nel dettaglio, non sta bene, si sente sola, in ansia e vulnerabile. Troviamo allora una immagine di lei da bambina, mentre gioca in campagna sulle palle di fieno con il fratello maggiore, nella scena c'è anche Sandra adulta che controlla la situazione e che qualche volta gioca con Sandra bambina. Alla sospensione dell'imaging Sandra è sollevata e più serena. Riferisce che è la prima volta che riesce a fare un viaggio nella sua mente senza soffermarsi sugli aspetti critici ma anzi, permettendo agli aspetti più funzionali del sé di prendersi cura degli aspetti più patologici.

Attraverso la ristrutturazione cognitiva arriviamo a definire assieme che l'interiorizzazione degli standard elevati e del rimuginio critico, sono stati necessari per renderla la donna che è ora, tuttavia non sono sufficienti per renderla anche serena. Concordiamo sul fatto che lei può essere quell'adulto benevolo che si occupa della bambina bisognosa di attenzioni guidandola nella vita non più attraverso il rigore ma attraverso l'aiuto, la compassione e l'amore verso sé stessa. Virtù che apprezza e nutre verso gli altri, ma che non si era mai potuta concedere. Ci lasciamo con il compito di osservare quando in lei nasce il dialogo critico e di "ristrutturarlo" alla sua comparsa attraverso un dialogo più benevolo ("quello che direi agli altri nella stessa situazione") con il ricorso dell'immagine del luogo al sicuro.

Durante le sedute seguenti lavoriamo sul rimuginio critico e chiudiamo la seduta sempre con il recall del luogo al sicuro. Sandra riferisce che il compito le risulta molto faticoso, ma che tuttavia la tecnica di imaging le permette di accedere meglio alla sua parte vulnerabile aiutandola a sentirsi meno sola. I temi perfezionistici iniziano a lasciar spazio a situazioni di maggiore accettazione e svago e anche le abbuffate, seppur ridotte, vengono vissute in modo diverso, non più con senso di disgusto ma come "campanelli di allarme" verso i quali imparare ad essere compassionevoli.

Successivamente lavoriamo ancora sulla sua storia di vita, provando ad accettare e comprendere il funzionamento genitoriale dall'ottica dell' "adulto sano" che stiamo costruendo.

Quando è pronta accediamo alle memorie traumatiche, ne emergono in particolare due:

- Le viene in mente il padre, quando lei provava a parlargli e lui la guardava distrattamente perché era più concentrato sulla tv. Le chiedo se se la sente di parlare lei al padre o vuole che intervenga io e Sandra si osserva mentre la sua parte vulnerabile gli

chiede "puoi stare un pò con me ?" lui all'inizio è sgomento ma poi spegne la tv e la prende in braccio. Dopo questa scena facciamo il recall del luogo al sicuro e condividiamo assieme che questa immagine forse è la testimonianza che le scuse del padre sono state sincere, e che lei è pronta ad andare avanti in una nuova relazione con lui basata sul perdono e sulla comprensione dei suoi limiti.

- Nella seduta successiva durante la tecnica di imaging le viene in mente la madre con la cintura al collo e il papà che prova a togliergliela, la mamma è triste (occhi vuoti) a arrabbiata (urla e muove convulsivamente le mani) e urla : “lasciami lasciami !” “Voglio morire !”. La bambina vulnerabile urla “basta !” Poi le chiedo se vuole dire qualcosa, come “io sono qui”, lo dice, e loro si bloccano, si stanno vergognando. Le chiedo cosa posso fare per lei e assieme andiamo nel suo luogo al sicuro dove assisto a lei che abbraccia e consola la sua parte vulnerabile.

Ci lasciamo da questa seduta con il compito di utilizzare il luogo al sicuro ogni qual volta ne sentisse il bisogno ed emerge nelle 2-3 sedute successive che Sandra lo utilizza tutte le sere per addormentarsi e nei momenti in cui è più in difficoltà.

Conclusioni

Sandra ora sta molto meglio e la terapia si è conclusa. Utilizza frequentemente le tecniche di imaging con le quali riporta di trovarsi molto bene, in particolare il recall del luogo sicuro e il monitoraggio del dialogo critico. Ha scopi attivi anche legati al piacere fine a sé stesso e riesce a riconoscere quando diventa critica e autogiudicante, riuscendo a mettere in pratica le strategie elaborate in seduta. Permangono alcune, rare, abbuffate legate all’attivazione degli stati mentali, rispetto alle quali tuttavia Sandra riesce ad essere meno auto giudicante e anzi, riesce ad utilizzarle come spunti di riflessione per conoscersi di più e stare in contatto con sé stessa. Quest’ultimo aspetto le da particolari soddisfazioni.

Bibliografia

- Athena Robinson, Debra L. Safer and Julia L. Austin, Does Implicit Emotion Regulation in Binge Eating Disorder Matter? *Eat Behav.* (2015) August 18: 186–191
- Bruce KR, Steiger H In: Sansone RA, Levitt JL, eds. Prognostic implications of personality disorders in eating disorders. *Personality Disorders and Eating Disorders: Exploring the Frontier*. New York: Routledge; (2006) :247-262.

- Cerniglia Luca, Cimino Silvia, Ballarotto Giulia, TambelliRenata Do parental traumatic experiences have a role in the psychological functioning of early adolescents with binge eating disorder? *Eat Weight Disord* (2016) 21:635–644
- Christopher D. J. Taylor, Penny Bee and Gillian Haddock, “Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders” *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2016)
- Claudio Imperatoria, Marco Innamorata, Dorian A. Lamisb, Benedetto Farinaa, Maurizio Pompilic, Anna Contardia, Mariantonietta Fabbricatore. Childhood trauma in obese and overweight women with food addiction and clinical-level of binge eating *Child Abuse & Neglect* 58 (2016) 180–190
- Cooper M. J., Parental Bonding and Body Mass Index in a Female Community Sample: The Mediating Role of Eating Disorder Thoughts and Core Beliefs *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, Journal of Eating Disorders* (2016), 44, 123–127
- Damiano S., Reece J., Reid J., Atkins L., Patton G, Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment. *Eating Behaviors* 16 (2015) 64–71
- Federica Pinna Lucia Sanna Bernardo Carpiello . Alexithymia in eating disorders: therapeutic implications. *Psychology Research and Behavior Management* 2015:8 1–15
- Gander M., Sevecke K. and Buchheim A. Eating disorders in adolescence: attachment issues from a developmental perspective *Frontiers in Psychology* (2004) Volume 6 Article 1136
- Giorgio A. Tascia, Kerri Ritchiea, FotiniZachariades, Genevieve Proulx, Anne Trinneer, Louise Balfoura, Natasha Demidenkoa, Genevieve Haydena, Alison Wonga, HanyBissada . Neglect Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: A structural equation model. *Child Abuse & Neglect* 37 (2013) 926–933
- GunillaKlensmeden Fosse, Are Holen Childhood maltreatment in adult female psychiatric outpatients with eating disorders. *Eating Behaviors* 7 (2006) 404–409
- Halmi KA, Tozzi F, Thornton LM, et al. *Int J* . The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *Eat Disord.* (2005)38:371-374.
- Heather Westwooda, Jess Kerr-Gaffneya, Daniel Stahlb, Kate Tchanturiaa. Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 99 (2017) 66–81
- Jason M. Lavendera, Stephen A. Wonderlicha, Scott G. Engela, Kathryn H. Gordonc, Walter H. Kayed, and James E. Mitchell. Dimensions of Emotion Dysregulation in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Conceptual Review of the Empirical Literature. *ClinPsychol Rev.* 2015 August
- McIntosh V., Jordan J., Carter Janet, Frampton C., McKenzie J., Latner J., Joyce P, Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy *Psychiatry Research* 240 (2016) 412-420
- M. Russo, S. D’Angerio, A. Carcione, G. Dimaggio. Disfunzioni metacognitive nel disturbo del comportamento alimentare: uno studio di caso singolo. *Cognitivismo clinico* (2006)
- Paul Robinson, Barbara Barrett, Anthony Bateman, AzHakeem, Jennifer Hellier, FenellaLemonsky, Clare Rutterford, Ulrike Schmidt and Peter Fonagy. Study Protocol for a randomized controlled trial of mentalization based therapy against specialist supportive clinical management in patients with both eating disorders and symptoms of borderline personality disorder. *BMC Psychiatry* (2014), 14:5
- Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical Psychology Review* 39 (2015) 30–41
- Ruth O’Shaughnessy, Rudy Dallos. Attachment Research and Eating Disorders: A Review of the Literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* (2009)

- Sassaroli S. Francesca F., Giovanni M. Emotional dysregulation and anxiety control in the psychopathological mechanism underlying drive for thinness. *Frontiers in Psychiatry*, April 2014 Volume5 Article 43
- Seongsok Kong and Kunsook Bernstein Aim. Childhood trauma as a predictor of eating psychopathology and its mediating variables in patients with eating disorders. *Journal of Clinical Nursing*, (2009) 18, 1897–1907
- Soenens B, Nevelsteen W, Vandereycken W. *Tijdschr* . The significance of perfectionism in eating disorders: a comparative study. *Psychiatr*. (2007)49:709-718.
- Stephanie E. Cassin, Kristin M. von Ranson. Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review* 25 (2005) 895–916
- Stuart J. Moultona, Emily Newmanb, Kevin Powerc, Vivien Swanson d, Kenny Day . Neglect Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect* 39 (2015) 167–174 76
- Talbot D., Smith E., Tomkins A., Brockman R. and Simpson S., Schema modes in eating disorders compared to a community sample. Talbot et al. *Journal of Eating Disorders* (2015) 3:41
- Taylor C., Bee P. and Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2016)
- Vasiliki Michopoulos, Abigail Powers, Carla Moore, Stephanie Villarreal, Kerry J. Ressler, Bekh Bradley . The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating, *Appetite* 91 (2015) 129–136

Gloria Fioravanti, Psicologa, Verona

Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Mansutti e Nisi

e-mail: info@gloriafioravanti.it

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

L'amore responsabile di una madre

Antonio Giglio¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale – APC Lecce

Riassunto

Il presente lavoro descrive il trattamento Cognitivo-Comportamentale di una donna di 26 anni affetta da Disturbo Ossessivo-Compulsivo. La paziente lamenta la presenza di pensieri intrusivi a contenuto pedofilico che le causano ansia e disagio intenso. La formulazione del caso clinico è stata condotta tenendo conto di 3 livelli di comprensione: processi psicologici e di mantenimento del disturbo (ABC/Stringa Allargata); dinamica della sofferenza psicologica (stati mentali e strategie di coping); vulnerabilità psicologica dell'individuo.

Parole Chiave: Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Senso di Colpa, ABC/stringa allargata.

A mother's responsible love

Summary

This work describes the Cognitive Behavioural treatment of a 26-years-old woman suffering from Obsessive-Compulsive Disorder. The patient complains of paedophilic intrusive thoughts that cause her anxiety and intense discomfort. The clinical case planning was conducted considering 3 different levels of comprehension: ABC expanded string, psychological's suffering dynamics (mental states and coping strategies) individual psychological vulnerability".

Key words: Obsessive-Compulsive Disorder, Guilty Conscience, ABC/expanded string.

Presentazione

Marcella è una donna di 26 anni, laureata in pedagogia dell'infanzia ma attualmente disoccupata. Da circa un anno è spostata, il marito lavora in polizia penitenziaria e da tre mesi è nata la loro figlia.

Marcella si rivolge al Servizio di Psicologia Clinica per avviare un percorso di Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale. La paziente riferisce di soffrire da circa due mesi di ansia eccessiva

Antonio Giglio, L'amore responsabile di una madre, N. 22, 2018, pp. 88-102.

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

per la presenza di pensieri continui e ripetitivi a contenuto sessuale che si presentano contro la sua volontà e vengono vissuti come qualcosa di estraneo rispetto alla propria identità.

Marcella riferisce di aver sperimentato durante l'adolescenza alcuni attacchi di panico, ripresentatisi poi in seguito ad un infarto che ha colpito il padre all'età di quaranta anni. Descrive la madre come particolarmente ansiosa ed apprensiva.

La paziente non riferisce alcuna condizione medico-generale in atto o pregressa. In passato non ha mai effettuato un trattamento farmacologico o di psicoterapia.

La paziente riferisce di aver avuto nell'ultima settimana problemi legati al sonno, difficoltà ad addormentarsi e risvegli caratterizzati da ansia acuta.

Descrizione del problema

Marcella si rivolge al Servizio accompagnata dal marito, ha difficoltà a rivelare il suo problema e più volte deve essere incoraggiata dal compagno ad aprirsi: *“questa cosa non la sa nessuno, ho paura di essere giudicata male”*.

Dopo avermi segnalato la presenza di pensieri intrusivi che le causano ansia e disagio intenso per la maggior parte del giorno, cerca di delegare a me la responsabilità di indicare il tema di riferimento *“per favore lo dica lei, non ha capito di cosa si tratta? io non ci riesco”*. Dal punto di vista della paziente comunicare il loro contenuto significava fare un'ammissione di colpa, rischiare di essere giudicata negativamente e ricevere il temuto disprezzo. Per questi motivi ho cercato di alimentare un clima di fiducia e rispetto, provando ad accogliere questa richiesta dicendole che avrei fatto una lista di possibili categorie di appartenenza e chiedendole di fermarmi qualora avessi indicato quella corrispondente. Appena nomino quella relativa a pensieri sessuali e di pedofilia, la ragazza cade in un pianto a dirotto: *“ora mi capisce! Mi sento sporca, una persona sbagliata. Quale mamma arriverebbe a pensare di eccitarsi con sua figlia? Non sono pensieri normali, se mi sono venuti in mente potrei essere deviata, è una cosa terribile! Non capisco come fanno ad essere pensieri che appartengono alla mia persona”*. Marcella valuta la presenza di questi pensieri come un indizio nascosto della sua vera natura, che potrebbe rivelarsi immorale e tendente alla pedofilia. Crede che il suo problema sia quello di poter essere pedofila piuttosto che quello di avere dei pensieri in merito alla pedofilia: *“Dottore me lo dica lei, è possibile che io sia diventata una persona a cui piacciono i bambini?”*.

La motivazione ad intraprendere un percorso di Psicoterapia proprio in questo momento della sua vita nasce dalla compromissione di uno scopo rivelante: essere una madre responsabile,

incrinato dalla presenza stessa di pensieri intrusivi e dal fatto che essi vengono valutati come una minaccia alla sua integrità morale ed al suo valore personale.

Sulla base delle informazioni raccolte attraverso i colloqui di assessment e all'utilizzo dell'intervista strutturata SCID-1, si ipotizza secondo i criteri del DSM-V, la diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo [F42].

Alla SCID-2 non risultano soddisfatti i criteri per i disturbi di personalità.

Alla VGF il punteggio è di 65-70/100.

Profilo interno del disturbo

ABC/ Stringa Allargata

Profilo interno del disturbo

ABC/ Stringa Allargata

SITUAZIONE	PENSIERO INTRUSIVO		VALUTAZIONE	EMOZIONE	STRATEGIE	CONSEGUENZE
<i>Mentre sto facendo il bagnetto a mia figlia, le accarezzo la pelle</i>	<i>"Potrei eccitarmi"</i>		<i>E' VERO! (Se penso X, allora è vero) (PERICOLO)</i>	<i>ANSIA</i>	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorare i pensieri; -Sopprimere i pensieri; - Controllare le sensazioni provenienti dalle parte intime; - Verificare il grado di lubrificazione vaginale; - Rimuginare; 	<i>B.T. L.T.</i>

La ricostruzione degli stati mentali è stata effettuata a partire da alcuni episodi riportati in seduta, in cui Marcella ha sperimentato ansia e timore di colpa. Tali episodi sono stati ricostruiti insieme alla paziente mediante il metodo ABC/Stringa Allargata (Dell'Erba G.L., et al., 2009) e questo ha permesso l'identificazione dei processi psicologici e di mantenimento del disturbo.

Marcella accarezza la pelle di sua figlia durante il bagnetto.

In quel momento nota un pensiero intrusivo, ossia l'elaborazione di uno scenario virtuale che dice: "potrei eccitarmi!".

Questo pensiero viene valutato come vero o comunque senza la possibilità di escludere con certezza assoluta il fatto che non lo sia, rischiando in questo modo di sottovalutare irresponsabilmente la minaccia. Per Marcella aver pensato di eccitarsi con sua figlia equivale alla possibilità reale di eccitarsi.

Questa interpretazione di pericolo determina l'attivazione dei correlati fisiologici connessi all'ansia che vengono letti coerentemente con lo stato mentale di minaccia: una sensazione di tensione nelle parti intime diventa una conferma ulteriore che il pensiero di potersi eccitare sia reale, contribuendo ad aumentare lo stato di ansia ed il timore di colpa.

A questo punto prova a mettere in atto una serie di strategie. Alcune come la prevenzione, il monitoraggio e la soppressione del pensiero intrusivo sono strettamente connesse all'idea che la presenza del pensiero stesso sia un indizio reale sulla propria identità perversa.

Le altre sono coerenti con il tipo di minaccia segnalata dal contenuto del pensiero intrusivo.

Infatti siccome è convinta che il pensiero intrusivo "potrei eccitarmi" sia vero, per fronteggiare questo rischio, sposta l'attenzione sulle parti intime, controlla il grado di secrezione vaginale, rimugina per cercare la conferma dell'ipotesi peggiore e la disconferma dell'ipotesi più favorevole. Il suo scopo è quello dimostrare, tramite la ricerca affannosa di prove inequivocabili, di non essere immorale per la presenza di pensieri a contenuto pedofilico.

E' interessante notare come sia proprio il fatto di guardare con sospetto al normale funzionamento della mente (che viene per questo vissuto come un indizio sulla realtà) a spostare la dimensione del problema dal piano mentale (modo metacognitivo) a quello concreto (modo oggetto), con la conseguenza che poi Marcella prova a risolvere la minaccia come un problema pratico utile a dimostrare la sua non colpevolezza.

Sono proprio queste strategie, messe in campo dalla paziente per gestire l'ansia e dimostrare con certezza assoluta di non poter essere moralmente indegna, a diventare i fattori di mantenimento del disturbo.

Fattori di Mantenimento

Dal punto di vista cognitivo queste strategie hanno un valore funzionale in quanto agiscono da rinforzo negativo. La paziente mette in atto questi comportamenti di fronteggiamento per poter conquistare sicurezza, controllare che non accada l'irreparabile, e ridurre l'ansia.

La conseguenza principale è, però, che il tentativo di soppressione del pensiero e la ricerca delle prove agiscono da rinforzo sulla convinzione errata che sia importante verificare se il pensiero intrusivo sia reale, mantenendo immutata la minaccia di essere moralmente indegna.

Altri fattori che spiegano il perpetuarsi del disturbo sono:

Fusione pensiero-realtà: la difficoltà metacognitiva di distinguere gli eventi interni da quelli esterni, i pensieri dagli eventi reali, costringe Marcella a credere che i pensieri intrusivi abbiano un rapporto diretto con la realtà (se penso X allora è vero), contribuendo a conferire ad essi un significato negativo, di minaccia. Questa valutazione determina un'intensificazione dell'ansia e del timore di colpa, che a sua volta accresce lo stato di attivazione e la probabilità che ulteriori pensieri intrusivi sopraggiungano alla mente.

Soppressione del pensiero: per il fenomeno "orso bianco", il tentativo di Marcella di sopprimere il pensiero intrusivo produce invece un incremento nella frequenza, intensità e durata del pensiero stesso.

Attenzione Selettiva: Marcella mette in atto un costante auto-monitoraggio delle proprie sensazioni per verificare la possibilità di essersi eccitata in presenza del pensiero intrusivo. Ovviamente questi ripetuti controlli non fanno altro che alimentare in lei il dubbio.

Rimuginio: Marcella utilizza il rimuginio come strategia di risoluzione del problema, seppur si sia rivelato spesso inutile o addirittura dannoso, in quanto tutte le ipotesi prese in considerazione vengono percepite come inadeguate e soprattutto non risolutive di fronte all'probabilità di realizzazione della minaccia, rendendo quest'ultima ancora più catastrofica e particolarmente presente alla mente.

Scompenso ed esordio

Tra gli eventi di vita che sembrano aver mandato in crisi il precedente equilibrio psicologico di Marcella, determinando l'esordio del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, ci sarebbe un trasferimento di tre mesi nella città di Torino che la donna avrebbe dovuto sostenere durante la gravidanza per questioni lavorative del marito. La paziente, rispetto a quel periodo, racconta che trascorrevla la maggior parte del tempo a riposarsi o davanti alla televisione e proprio in una di queste giornate, mentre guardava un telefilm, che inscenava un omicidio, notò la presenza di pensieri intrusivi: *“e se lo facessi anche io? E se adesso commettessi un omicidio?”*. A seguito di ciò iniziò a presentarsi un forte stato ansioso.

Al rientro nella città di origine la frequenza di questi pensieri sembrava essersi ridotta infatti la stessa riferisce: *“l'ultima settimana prima del parto stavo benissimo, ed anche i primi giorni dopo la nascita di mia figlia ero al settimo cielo”*. Le cose però improvvisamente cambiano e Marcella un giorno mentre faceva il bagnetto al figlio ricorda di aver pensato: *“mi sta piacendo, potrei eccitarmi”* e di conseguenza di essersi subito *“sentita un mostro.”*

Alla luce di quanto emerso ho ipotizzato che il sommarsi di diversi fattori quali il trasferimento, la gravidanza in corso, l'allontanamento dalle figure familiari e la nascita della figlia siano state vissute da Marcella come un eccessivo carico di responsabilità difficile da sostenere, determinando uno stato di allarme rispetto allo scopo rilevante di non essere immorale e il conseguente fattore precipitante l'esordio del disturbo.

Storia di vita e Vulnerabilità Psicologica

Marcella è la primogenita di 2 sorelle, più piccola di 5 anni. Riferisce di essere cresciuta in un ambiente familiare sereno ma eccessivamente protettivo ed apprensivo.

Non ha mai avuto problemi con il rendimento scolastico e nel rapporto con compagni ed insegnanti. Dopo il diploma ha proseguito i suoi studi in pedagogia.

Marcella descrive la madre come troppo sensibile e preoccupata: *“se qualcosa che faccio non gli va bene è capace di mettermi il muso per giorni. E' stato sempre così per me, mi fa sentire sbagliata. Inoltre ricordo che quando ero piccola ogni volta che andavo a giocare mi diceva, stai attenta a dove metti i piedi è pieno di pericoli non mi fare preoccupare”*.

Descrive il padre come una persona buona ma irascibile che ripeteva sempre la frase: *“mi raccomando come vi comportate”*. In seguito all'infarto che l'ha colpito all'età di quarant'anni la

paziente ricorda: *“ho temuto di perderlo, anche per questo ho sempre cercato di non dare problemi”*.

Partendo da questi episodi è possibile rintracciare l'origine del suo schema disfunzionale che si è poi consolidato nel corso del tempo in concomitanza con diversi fattori tra i quali uno stile educativo fortemente orientato alle regole, il confronto con una madre che si relazionava attraverso una strategia passivo-aggressiva caratterizzata dalla tendenza a mostrare delusione e mettere il muso. Tutto ciò da un lato ha rimandato a Marcella l'idea di essere inadeguata nei comportamenti, e dall'altro ha intaccato il suo senso di valore personale portandola a sentirsi rifiutata e sbagliata al punto da spiegarsi le temporanee interruzioni del rapporto ad opera della figura primaria di attaccamento, come il frutto del suo non meritarsi la relazione.

Da qui sembrerebbe aver tratto origine il suo tema doloroso relativo al dover essere moralmente impeccabile, indispensabile al fine di non incontrare il disprezzo e la rottura della relazione.

Terapia

Le prime sedute sono state dedicate alla raccolta delle informazioni necessarie alla comprensione del caso ed alla formulazione di una diagnosi anche tramite la somministrazione dell'intervista clinica strutturata (SCID-1 e SCID-2). Questa prima fase aveva anche l'obiettivo di motivare Marcella al trattamento, oltre che promuovere e favorire l'alleanza terapeutica, fornendo informazioni sull'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale e sottolineando l'importanza dell'assunzione di un ruolo attivo nella terapia ai fini del suo buon esito.

Terminata la fase di assessment, si è ricostruito e condiviso il modello di funzionamento e mantenimento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo. Per favorire una maggiore comprensione e normalizzazione del disturbo sono state fornite a Marcella informazioni e materiale psicoeducativo sul funzionamento pragmatico della mente (MPM), con particolare attenzione agli effetti controproducenti di alcuni comportamenti che tendeva a mettere in atto e che contribuivano a mantenere il disturbo. La terapia è stata cadenzata da un incontro a settimana della durata di 50 minuti, ed ha avuto una durata totale di 32 sedute. Sono stati concordati con la paziente i seguenti obiettivi terapeutici:

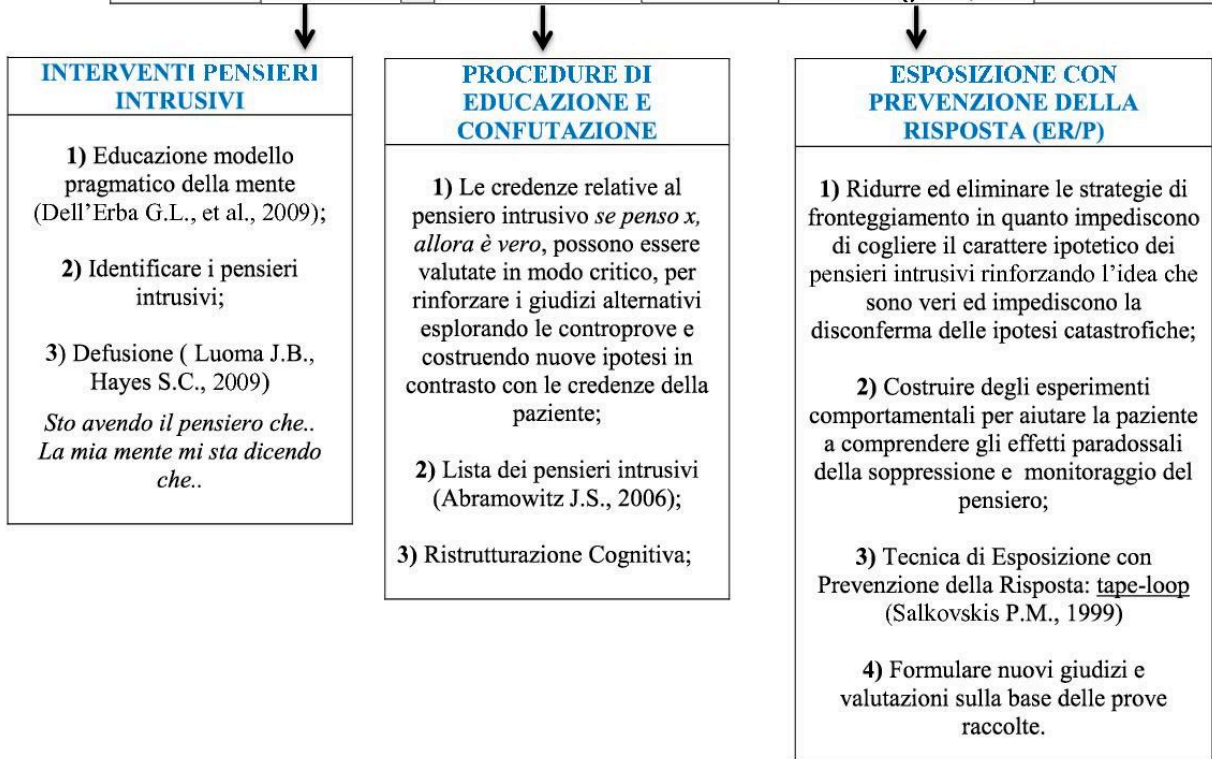
a) aumentare le capacità metacognitive:

-modificare il rapporto del paziente con il proprio pensiero intrusivo;

-promuovere il distanziamento dai propri contenuti mentali;

b) modificare le credenze di base disfunzionali della paziente;

SITUAZIONE	PENSIERO INTRUSIVO	VALUTAZIONE	EMOZIONE	STRATEGIE	CONSEGUENZE
<i>Mentre sto facendo il bagnetto a mia figlia, le accarezzo la pelle</i>	<p><i>"Potrei eccitarmi!"</i></p>  <p>LA RADIO ROTTA</p>	<p>E' VERO!</p> <p><i>(Se penso X, allora è vero)</i></p> <p>(PERICOLO)</p>	ANSIA	<p>-Monitorare i pensieri;</p> <p>-Sopprimere i pensieri;</p> <p>- Controllare le sensazioni provenienti dalle parte intime;</p> <p>- Verificare il grado di lubrificazione vaginale;</p> <p>- Rimuginare;</p>	



- c) ridurre ed eliminare i comportamenti protettivi e la ricerca delle prove allo scopo di interrompere i circoli viziosi di mantenimento del disturbo;
- d) migliorare il funzionamento della paziente nei vari ambiti della sua vita;
- e) prevenire le ricadute.

Una volta che Marcella ha iniziato a familiarizzare ed acquisire consapevolezza circa il funzionamento del suo problema, attraverso la ricostruzione dei processi psicologici e di mantenimento del disturbo (utilizzando l'ABC/Stringa Allargata sia durante il lavoro terapeutico che a casa tramite l'utilizzo di un diario da compilare durante la settimana), si è proceduto ad illustrare gli interventi principali del trattamento:

1) I pensieri intrusivi vengono valutati sulla base delle conoscenze che una persona possiede. Se questi eventi mentali vengono trattati come contenuti di verità sul mondo si può riscontrare una fusione "pensiero-realtà", per cui se penso X, allora è Vero. Tale convinzione è caratterizzata dall'attribuzione di un valore esagerato ed una funzione errata al pensiero, per cui pensare equivale ad essere o agire. Per correggere e discutere queste credenze disfunzionali sul valore dei pensieri intrusivi è stato fornito ed illustrato alla paziente il Modello Pragmatico della Mente (Dell'Erba G.L., et al., 2009):



2) Successivamente è stato chiesto a Marcella di allenarsi ad identificare il pensiero intrusivo. Per farlo abbiamo concordato di immaginare come se fosse un messaggio proveniente da una radio rotta, che manda sempre lo stesso annuncio. Lo scopo era quello di aiutare Marcella a notare di aver avuto un pensiero, etichettarlo e successivamente riflettere sul pensiero stesso.

3) Tecniche di Defusione. E' stata utilizzata la tecnica di defusione (Luoma J.B., Heyes S.C., 2009) per aiutare la paziente a considerare i pensieri per quello che sono, cioè solo pensieri e favorire quel cambiamento di prospettiva che consente di diventare osservatore dei propri contenuti mentali.

La tecniche di defusione utilizzata è stata quella di far precedere il pensiero intrusivo dalla frase: "Sto avendo il pensiero che" oppure "la mia mente sta avendo il pensiero che".

Lo scopo è quello di aiutare la paziente a fare un passo indietro e diventare l'osservatore dei suoi stessi processi di pensiero.

Interventi sulla valutazione:

Il fattore cruciale nell'attivazione del disturbo non risiede nei pensieri intrusivi, bensì nell'interpretazione o valutazione che il soggetto fa del pensiero intrusivo.

Lo scopo rispetto alle valutazioni è quella di indebolirla e modificarla. Per fare ciò mi sono avvalso di interventi di normalizzazione dei pensieri intrusivi, metodi di riattribuzione verbale e successivamente degli esperimenti comportamentali.

Marcella tendeva ad interpretare la presenza dei pensieri intrusivi come indizio di una propria disposizione moralmente inaccettabile. Per questo motivo è stata invitata a leggere ed osservare la lista dei pensieri intrusivi presenti nella mente di persone senza Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Abramowitz J.S., 2006). L'obiettivo è stato quello di far comprendere alla paziente che i pensieri intrusivi sono esperienze del tutto normali, e che invece sono il modo in cui vengono valutati ed i tentativi di soluzione messi in atto a determinare la frequenza delle intrusioni e la loro persistenza.

Inoltre sono state utilizzate strategie di ricerca delle prove (*che prove ci sono a favore del fatto che il pensiero intrusivo indica che è accaduto qualcosa di sgradevole o che sia reale?*), valutazione delle contro-evidenze (*Mi saprebbe dire se ci sono controprove del fatto che i suoi pensieri intrusivi abbiano un potere speciale?*) e la ristrutturazione cognitiva (*incoraggiando la paziente a costruire delle valutazioni alternative basate sulle evidenze, con atteggiamento ponderato e realistico*). Fermo restando che queste tecniche verbali da sole non sono sufficienti per provocare e mantenere nel tempo il cambiamento, sono state affiancate agli esperimenti comportamentali.

Esposizione con prevenzione della risposta (er/p):

I comportamenti di fronteggiamento della minaccia come la soppressione del pensiero, la ricerca di prove, il monitoraggio delle sensazioni fisiche impedivano a Marcella di disconfermare l'ipotesi negativa che focalizza e sostiene il mantenimento del disturbo.

Per rendere consapevole la signora degli effetti paradossali dei tentativi di soppressione del pensiero intrusivo è stato costruito in seduta un esperimento comportamentale. Nella prima fase gli è stato chiesto di pensare per un minuto all'immagine di un orso bianco e di alzare il dito ogni volta che scompariva. Nella seconda fase di provare a non pensare per un minuto ad un orso bianco e di alzare il dito ogni volta che l'immagine appariva. Infine abbiamo analizzato i risultati. Nella seconda fase l'immagine dell'orso bianco era comparsa nella mente un numero di volte maggiore rispetto a quanto osservato nella precedente. Di conseguenza abbiamo concluso che la frequenza e persistenza dei pensieri intrusivi possa dipendere non da una predisposizione perversa ma dai tentativi di sopprimerli.

Successivamente è stata introdotta e spiegata la tecnica dell'Esposizione con Prevenzione della Risposta, indispensabile ai fini della ristrutturazione cognitiva in quanto consente tramite gli esperimenti di ricevere conferme o disconferme rispetto alle proprie credenze e acquisire consapevolezza rispetto alla disfunzionalità dei comportamenti messi in atto per fronteggiare la minaccia.

La paziente è stata esposta al pensiero intrusivo attraverso la tecnica del tape loop (Salkovskis P.M., 1999) alla fine di verificare, sulla base di prove, le proprie credenze disfunzionali riguardo alla minaccia segnalata dai pensieri intrusivi (avere desideri pedofilici).

Questa tecnica consiste nell'esposizione ai pensieri intrusivi senza la messa in atto di strategie di fronteggiamento. Ho fatto audio-registrare con la sua voce il pensiero intrusivo su una applicazione e gli ho chiesto di ascoltarla almeno due volte al giorno, per un tempo sempre crescente. Il suo compito è stato quello di esporsi ai pensieri intrusivi registrati senza provare a sopprimere il pensiero, senza cercare prove e controprove, e senza monitorare il corpo alla ricerca di segnali di eccitazione sessuale, ma identificando e trattando i pensieri intrusivi per quello che sono, solo pensieri, fino al decremento dell'ansia.

Dopo ogni esposizione abbiamo discusso le evidenze emerse, e come uno scienziato Marcella ha iniziato a rigettare e confutare le ipotesi iniziali che non trovavano conferma dai dati provenienti dalla realtà, riducendo in questo modo la forza della credenza relativa al provare desideri pedofilici ed eccitarsi con sua figlia.

Prevenzione delle ricadute e valutazione di esito

L'ultima fase è stata dedicata alla prevenzione delle ricadute.

Ci siamo avviati verso la conclusione della terapia, dilazionando le sedute prima una volta ogni quindici giorni ed infine una volta al mese. Abbiamo effettuato un resoconto generale ed in forma scritta delle strategie acquisite durante tutto il percorso psicoterapeutico seguendo le varie fasi del trattamento, prendendo in esame l'eventuale presenza di credenze disfunzionali residue o il permanere di strategie disfunzionali. Inoltre abbiamo provato ad identificare le situazioni stressanti in cui i sintomi del Disturbo Ossessivo-Compulsivo avrebbero potuto ricomparire (nascita di un altro figlio, difficoltà coniugali, difficoltà nella crescita dei figli, tipologia di lavoro a contatto con i bambini).

Infine è stato presentato un breve percorso sui concetti e sulle strategie relative all'accettazione come la Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) per aiutare Marcella a coltivare una modalità di relazione decentrata verso l'esperienza cognitiva, emotiva e sensoriale.

Il trattamento, nel suo complesso, ha avuto un esito positivo, con il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

La scala utilizzata per la valutazione del grado di severità del disturbo pre e post trattamento è stata la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale -Y-BOCS-CC (Goodman W.K., et al., 1989b) con particolare riferimento ai primi dieci item centrali ("core component").

Scale-Y-BOCS-CC Valutazione Pre-Post Trattamento:

Cut-off=17 (Goodman W.K et al., 1989b)

Punteggio	Grado di Severità
0-7	Livello Sub-Clinico
8-15	Leggero
16-23	Moderato
24-31	Severo
32-40	Grave

Punteggio Tot. Pre-Trattamento	Punteggio Tot. Post-Trattamento
32 (Grave)	11 (Lieve)

Osservazioni

Vorrei condividere la metafora appartenente alla mitologia greca che ho utilizzato per favorire nella paziente il processo di comprensione e di trattamento del disturbo: Il Labirinto di Dedalo.

Costruito da Dedalo su ordine di Minosse è il luogo della prigionia del Minotauro, e il luogo in cui il suo costruttore venne rinchiuso insieme a suo figlio Icaro.

Il labirinto risponde a una duplice funzione, quella di imprigionare il Minotauro per proteggere la comunità dalla sua furia e quella di nascondere la sua forma, lontana dal mondo umano.

Dedalo costretto nel labirinto da lui stesso costruito si trova nella prigione perfetta. Se una via di fuga esiste, Dedalo non è in grado di trovarla all'interno del labirinto, deve crearla. Il mostro e il labirinto non possono essere superati con il loro annientamento, perché intimamente connessi all'uomo (*pensieri intrusivi, come parte del normale funzionamento della mente*). Il tentativo di affrontarli su questa strada apre unicamente la porta a nuovi labirinti e nuovi mostri (*strategie di fronteggiamento mantengono in vita l'idea che, se penso X allora è Vero*). Tuttavia il labirinto non è per sua natura insuperabile, è stato creato dall'uomo ed è nel potere dell'uomo superarlo, ma questo non può essere fatto rimanendo sul suo stesso livello.

Per fuggire dal labirinto Dedalo non cerca di risolverlo, ma opera un cambio di prospettiva, non più sullo stesso piano ma dall'alto: progetta la costruzione di un paio d'ali (*sviluppare nella paziente la funzione metacognitiva per promuovere il decentramento, l'identificazione dei pensieri intrusivi, una valutazione basata su prove ed il blocco delle strategie soggettive di salvezza*).

Bibliografia

- Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dell'Erba G.L., Carati M.A., Greco, S., Muya M. (2009). *La Sindrome Ansiosa. Comprensione e Trattamento dei Disturbi d'Ansia*. Franco Angeli, Milano.

- Goodman W. K., Price, L H., Rasmussen S. A., Mazure C., Delgado P., Heninger G. R., Charney D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Luoma J.B., Hayes S.C., (2009). Cognitive Defusion. In W O'Donahue e JE Fisher (a cura di) *General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive Behavior Therapy*, pp. 181-188. Wiley, New York.
- Salkovskis P.M., (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. In *Behavior Research and Therapy*, 37, pp. S29-S52.

Antonio Giglio

Psicologo-Psicoterapeuta, Lecce

Specializzato a Lecce, training Dell'Erba, Semerari

e-mail:antonio.giglio4@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