

La relazione terapeutica come fattore terapeutico nella *Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO-DBT)*: analisi e confronti

Valentina Verzari ¹

¹Psicologa- Psicoterapeuta, Associazione di Psicoterapia Cognitiva, APC Verona

Riassunto

Il presente lavoro ha come obiettivo l'analisi dell'importanza della relazione terapeutica come fattore terapeutico, partendo da un nuovo modello di trattamento transdiagnostico per i disturbi da ipercontrollo, la *Radically Open Dialectical Behavior Therapy - RO-DBT* (Lynch, 2018a). La scelta di partire da questo modello deriva dall'importanza che le riparazioni dell'alleanza terapeutica rivestono nel trattamento, dando per scontato che queste occorreranno nel corso della terapia e che sono indice di un lavoro efficace con la persona ipercontrollata. La relazione terapeutica è in generale uno strumento di cambiamento importante, soprattutto quando ci riferiamo a disturbi in cui le difficoltà nelle relazioni interpersonali rappresentano un aspetto centrale; per questo motivo verrà descritto in generale il ruolo terapeutico della relazione terapeutica, confrontando poi la RO-DBT con altri modelli proprio rispetto a questi punti.

Parole Chiave: ipercontrollo, RO-DBT, Radically Open Dialectical Behavior Therapy, relazione terapeutica, alleanza terapeutica, rotture alleanza, fattori terapeutici nella relazione

The therapeutic relationship as a therapeutic factor in Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO-DBT): analysis and comparisons

Summary

The aim of this work is to analyse the importance of the therapeutic relationship as a therapeutic factor, starting from a new transdiagnostic treatment model for hypercontrolled disorders, the Radically Open Dialectical Behavior Therapy - RO-DBT (Lynch, 2018a). The importance that the reparations of the therapeutic alliance play in the treatment, assuming that these will occur during the course of therapy and that they are an indication of effective work with the hypercontrolled person. The therapeutic relationship is an important factor of change, especially when we refer to disorders in which difficulties in interpersonal relationships represent a central aspect; for this reason, the therapeutic role of the therapeutic relationship will also be described in general, then comparing the RO-DBT with other models.

Key words: hypercontrolled disorders, RO-DBT, Radically Open Dialectical Behavior Therapy, therapeutic relationship, therapeutic alliance, alliance ruptures, therapeutic factors in the relationship

L'ipercontrollo

Per arrivare ad una definizione di *ipercontrollo*, è fondamentale comprendere cosa si intende per *autocontrollo* e come questa abilità abbia favorito lo sviluppo di comportamenti sociali che hanno permesso, in ottica evuzionistica, la sopravvivenza della nostra specie a fronte di una fragilità fisica che non avrebbe permesso il confronto con altre specie.

L'*autocontrollo* può essere definito come “la capacità di inibire pulsioni, impulsi, comportamenti o desideri concorrenti e di ritardare la gratificazione al fine di perseguire obiettivi distali” (Lynch, 2018a, pag. 27).

Tale abilità ha permesso di trovare un modo di legare tra loro persone geneticamente differenti, che insieme agivano e perseguivano obiettivi per la sopravvivenza del gruppo piuttosto che per la sopravvivenza personale. Nello specifico attraverso la capacità di inibire la propensione all'azione, di regolare il modo in cui vengono segnalate le intenzioni (il cosiddetto *social signaling*) e di pianificare il futuro, immaginando le potenziali conseguenze future delle azioni (Lynch, 2018b).

Sebbene si tratti di una abilità importante, molte persone presentano livelli di autocontrollo eccessivi, spesso associati ad isolamento sociale, scarso funzionamento interpersonale, perfezionismo, rigidità, avversione al rischio e carenza di espressione delle emozioni. L'eccessivo autocontrollo viene quindi definito *ipercontrollo*, ed è caratterizzato da quattro deficit principali:

- a. *Scarsa reattività ed apertura*: ridotta apertura, evitamento dei rischi e delle situazioni incerte, sospettosità e ipervigilanza verso potenziali minacce;
- b. *Scarso controllo flessibile*: perfezionismo, elevato obbligo e dovere sociale, ricerca eccessiva di ordine e pianificazione, forte propensione alla risoluzione dei problemi e tendenza a credere che esista un unico modo giusto di affrontare le cose;
- c. *Pervasiva inibizione dell'espressione emotiva e ridotta consapevolezza emotiva*: inibizione emotiva non giustificata dal contesto o espressione non congruente, ridotta consapevolezza delle sensazioni corporee;
- d. *Scarsa connessione sociale e intimità*: freddezza e distacco nelle relazioni, sensazione di essere diversi e frequenti confronti sociali con emozioni quali l'invidia e il risentimento, ridotta empatia. (Lynch, 2018a, pag. 28-29)

Purtroppo la società si trova spesso a rinforzare tali comportamenti, soprattutto negli ambienti lavorativi; è più valido un impiegato che raggiunge sempre i propri obiettivi, senza troppi rischi, è molto organizzato, non teme di lavorare duramente e difficilmente mostra segnali evidenti di disapprovazione verso i superiori. Tuttavia è più difficile rendersi conto del profondo malessere che

spesso queste persone provano, e come frequentemente sia associato a disturbi mentali, come vedremo nei prossimi paragrafi.

Un nuovo modello dell'ipercontrollo

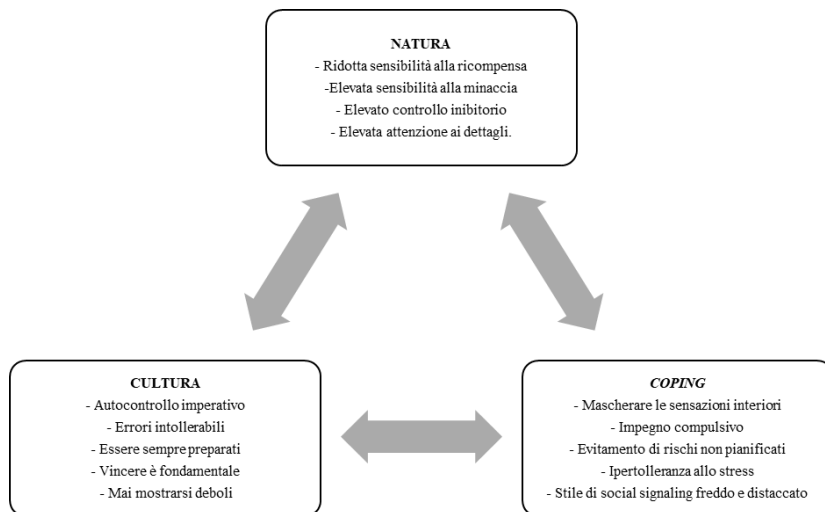
Ricapitolando, le persone ipercontrollate hanno una minima o indiretta espressione delle emozioni, sono generalmente organizzate, rigide e conformi alle regole. Spesso in letteratura vengono descritte come persone timide, inibite e ansiose. Mostrano bassi livelli di estroversione e ed elevato nevroticismo (usando come riferimento la Teoria dei Cinque Fattori di McCrae e Costa) e spesso l'ipercontrollo è associato ad isolamento sociale e scarso funzionamento interpersonale (Vanderbleek & Gilbert, 2018).

Thomas R. Lynch (2018a) ha recentemente sviluppato un nuovo modello dell'ipercontrollo, che mette in relazione predisposizioni biotemperamentali, influenze familiari/ambientali/culturali e stili di coping, generalmente caratterizzati da eccessivo controllo inibitorio e relazioni distaccate (si veda *Figura 1* per una rappresentazione del modello). Tali fattori limitano i nuovi apprendimenti, una risposta flessibile alle situazioni e la creazione di legami sociali intimi, ossia quelli che Lynch definisce i presupposti del benessere.

Tornando al modello, i quattro fattori biotemperamentali più rilevanti all'interno di questo modello riguardano:

- a. Elevata sensibilità alla minaccia
- b. Ridotta sensibilità alla ricompensa
- c. Elevato controllo inibitorio
- d. Elevata attenzione ai dettagli.

Figura 1. Teoria biosociale dei disturbi da ipercontrollo (Lynch, 2018a, pag. 75)



I bambini a rischio di sviluppare uno stile di *coping* ipercontrollato e isolamento sociale spesso presentano queste caratteristiche biotemperamentali e spesso appaiono inibiti a livello comportamentale, timidi, evitano i rischi, hanno una limitata espressione emotiva, sono molto attenti ai dettagli e mostrano comportamenti sociali ritirati e/o distaccati.

Riassumendo, il modello suggerisce che le predisposizioni biotemperamentali interagiscono con le precoci esperienze familiari, ambientali e culturali che valorizzano la precisione, la prestazione e l'autocontrollo, risultando in uno stile di *coping* socio-emotivo rigido, evitante il rischio e distaccato/vigile che limita le opportunità di apprendere nuove abilità e sfruttare i rinforzi sociali positivi (Lynch, 2018a).

I disturbi da ipercontrollo

Questa nuova concettualizzazione dell'ipercontrollo ha permesso di trovare una forte associazione con diversi disturbi mentali. Ad esempio l'anoressia nervosa può essere considerata un dei disturbi più prototipici da ipercontrollo, dove il comportamento alimentare rappresenta una forma maladattiva di controllo inibitorio. Anche l'alta sensibilità alla minaccia, il perfezionismo e la rigidità, l'inibizione emotiva e la difficoltà a riconoscere le emozioni degli altri sono spesso associati a questo disturbo. Diversi autori stanno infatti cercando di riconcettualizzare tale disturbo secondo il modello della RO-DBT, e i primi risultati empirici dell'applicazione del protocollo sono molto incoraggianti, soprattutto nei campioni adulti (Astrachan-Fletcher et al., 2018; Lynch et al., 2013; Chen et al., 2015).

L'ipercontrollo sembra inoltre essere un fattore di rischio per la depressione resistente al trattamento; spesso le persone che soffrono di depressione mostrano caratteristiche ipercontrollanti (Candrian et al., 2008), in particolare la rigidità, l'eccessivo controllo emotivo e il perfezionismo, quest'ultimo spesso associato alla cronicizzazione del disturbo (Vanderbleek & Gilbert, 2018).

Anche i disturbi d'ansia sembrano avere diverse caratteristiche di ipercontrollo; inoltre i tratti di personalità spesso associati ad un eccessivo autocontrollo (nevroticismo e bassa estroversione) sono anche fattore di rischio per i disturbi d'ansia (es. Brandes & Bienvenu, 2006).

Inoltre, la rigidità di pensiero, l'attenzione ai dettagli e l'intolleranza per l'incertezza sono aspetti dell'ipercontrollo condivisi nel disturbo ossessivo compulsivo (Vanderbleek & Gilbert, 2018).

I disturbi di personalità, così come indicato nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), sono caratterizzati da difficoltà pervasive e persistenti, tra le altre, nel controllo delle emozioni e degli impulsi e nelle relazioni interpersonali. Un autocontrollo maladattivo è spesso associato a tali quadri di funzionamento, pertanto la diagnosi di disturbo di personalità riflette sempre problemi di

ipercontrollo o di discontrollo. Secondo il DSM-5 i disturbi di personalità da discontrollo (disturbo borderline di personalità, disturbo antisociale di personalità, disturbo narcisistico di personalità) sono caratterizzati da uno scarso controllo inibitorio e relazioni caotiche e complicate, mentre i disturbi di personalità da ipercontrollo (disturbo ossessivo compulsivo di personalità, disturbo evitante di personalità, disturbo paranoide di personalità, disturbo schizoide di personalità) sono caratterizzati da eccessivo controllo inibitorio e uno stile relazionale freddo o distaccato (Lynch, Hempel & Clark, 2015).

Risulta quindi evidente che la possibilità di avere un intervento transdiagnostico efficace ed *evidence based*, rispetto ad un approccio specifico per ciascun disturbo, permette di superare alcuni limiti legati alla forte eterogeneità intra-diagnosi e le spesso numerose comorbidità che caratterizzano i disturbi da ipercontrollo. Nel prossimo paragrafo verrà data una panoramica dell'intervento RO-DBT con particolare attenzione ai presupposti terapeutici e agli obiettivi di intervento che lo caratterizzano.

La RO-DBT: come intervenire nei disturbi da ipercontrollo

La *Radically Open Dialectical Behavior Therapy* (RO-DBT) è una terapia psicosociale *evidence based* sviluppata da Thomas Lynch a partire dalla *Dialectical Behavior Therapy* “standard” (DBT) di Marsha Linehan (1993). La DBT è un trattamento molto studiato, pensato inizialmente per i comportamenti suicidari cronici e successivamente largamente applicato al disturbo borderline di personalità e in generale, in ottica transdiagnostica, a tutti quei disturbi caratterizzati da alta impulsività e disregolazione emotiva (come ad esempio i disturbi da uso di sostanze e i disturbi alimentari). Anche la RO-DBT si caratterizza per essere un intervento transdiagnostico ma pensato per persone con disturbi da ipercontrollo (Gilbert, Hall & Trent Codd, 2020).

Assunti principali della RO-DBT

Un primo grande assunto della RO-DBT, da tenere in considerazione quando ci troviamo a lavorare con questi pazienti, riguarda il valore prosociale dell'autocontrollo. Ad esempio, la capacità di ritardare la gratificazione permette di risparmiare risorse per il futuro, l'intenzione di essere corretti è essenziale per stare all'interno di un gruppo e favorirne la crescita. Tuttavia, quelli che potrebbero essere visti dalla società come punti di forza di una persona, sono molto spesso proprio la sua più grande debolezza, che porta ad un senso di separazione e differenziazione dall'altro. Nonostante il forte desiderio di connessione sociale, infatti, le persone ipercontrollate vivono se stessi come estranei e spesso non conoscono le modalità per unirsi agli altri o formare relazioni intime. Tra gli altri assunti la RO-DBT, quindi, sottolinea l'importanza della natura tribale dell'essere umano, dando la priorità alla connessione sociale per il benessere individuale e la sopravvivenza della specie (Lynch, 2018a).

Un ulteriore assunto fondamentale riguarda il valore del *social signaling*, dal momento che nella RO-DBT i deficit nella segnalazione sociale rappresentano il problema centrale nei disturbi da ipercontrollo e, di conseguenza, uno dei meccanismi primari di cambiamento da affrontare in terapia. Un segnale sociale viene definito come azione o comportamento esplicito messo in atto di fronte ad un'altra persona. Si tratta quindi di una forma di comunicazione, come ad esempio alzare gli occhi al cielo, andare via o sorridere. Un'aperta espressione di questi segnali, in linea con le proprie emozioni, viene considerata dall'altro come un segnale di fiducia e apre la strada alla connessione sociale (Gilbert, Hall & Trent Codd, 2020).

Il termine *Radically Open*, apertura radicale, rende esplicito un altro assunto centrale di trattamento, che è allo stesso tempo principio filosofico di base e abilità nucleare da coltivare nel corso della terapia. Con il termine apertura radicale s'intende la confluenza di tre capacità fondamentali:

- a. essere ricettivi e aperti a feedback disconfermanti di fronte a nuove esperienze, per favorire l'apprendimento;
- b. avere un autocontrollo flessibile, che si adatti alle condizioni ambientali mutevoli;
- c. essere in intimità almeno con un'altra persona (Lynch, 2018a).

In sostanza, abbiamo bisogno degli altri per raggiungere una maggiore consapevolezza di noi stessi, partendo dal presupposto che tutti sono portatori di distorsioni percettive e pregiudizi che interferiscono con la capacità di essere aperti e imparare informazioni nuove o disconfermanti.

Struttura dell'intervento e obiettivi del trattamento

Il protocollo di trattamento ambulatoriale della RO-DBT prevede delle sessioni settimanali di terapia individuale (della durata di un'ora) e, in contemporanea a partire dalla terza settimana, la partecipazione al gruppo settimanale di *skill training* sull'apertura radicale. Nel complesso l'intervento ha una durata di 30 settimane. Può essere incoraggiata, in base alle necessità, la consultazione telefonica con i terapeuti anche al di fuori dell'orario lavorativo, al fine di creare un senso di connessione sociale. Sono previste inoltre delle supervisioni per i terapeuti, al fine di poter coltivare l'apertura radicale e l'auto-indagine. Un presupposto importante per il terapeuta, infatti, è che esso stesso pratichi e condivida i principi fondamentali della RO-DBT (Lynch, 2018a).

Gli obiettivi principali del trattamento riguardano la riduzione dei deficit di *social signaling* e l'aumento dell'apertura radicale, della flessibilità e della connessione sociale, con lo scopo di "vivere una vita degna di essere condivisa" (Lynch, 2018a).

Prima di cominciare col trattamento vero e proprio, è importante dedicare 3-4 incontri alla fase di orientamento e impegno, fondamentale per individuare insieme al paziente l'ipercontrollo come

problema centrale, dare le prime informazioni circa la teoria biosociale dell'ipercontrollo e identificare i meccanismi chiave del cambiamento. Tutto ciò avviene in un clima di ricerca collaborativa dei deficit di *social signaling* e degli eventuali altri fattori che favoriscono la sofferenza del paziente.

Come vedremo nei capitoli successivi, la relazione tra terapeuta e paziente (e le eventuali rotture) rappresenta un fattore molto importante all'interno del trattamento; in questa prima fase è quindi importante ottenere da parte del paziente l'impegno a discutere nelle sessioni l'eventuale desiderio di abbandonare prima che ciò avvenga.

Successivamente gli obiettivi della terapia individuale vengono organizzati secondo la seguente gerarchia di rilevanza (si veda anche *Figura 2*):

1. Ridurre i comportamenti che costituiscono una minaccia per la vita: come ad esempio l'autolesionismo o la presenza di ideazione/comportamenti suicidari, ma anche comportamenti che seppur non intenzionalmente suicidari, costituiscono una minaccia per la vita (ad esempio un forte sottopeso).

2. Riparare le rotture all'alleanza: il paziente potrebbe sentirsi incompreso, considerare la terapia come irrilevante rispetto ai propri problemi e di conseguenza impegnarsi poco. Come vedremo in modo approfondito successivamente, una rottura dell'alleanza rappresenta un'opportunità terapeutica molto importante. Una riparazione di successo, infatti, può insegnare al paziente come in realtà il conflitto possa migliorare l'intimità ed esprimere sentimenti, anche di disaccordo fa parte di una relazione sana. In RO-DBT la relazione terapeutica è considerata superficiale se entro la quattordicesima seduta non si sono manifestate rotture e riparazioni dell'alleanza (Lynch, 2018a).

Figura 2: Gerarchia degli obiettivi di trattamento individuale per i disturbi da ipercontrollo (Lynch, 2018a pag. 132)



3. Affrontare i deficit di *social signaling* del paziente collegati alle tematiche comportamentali dell'ipercontrollo: tali deficit sono alla base della solitudine, isolamento e disagio psicologico e riguardano principalmente un'espressione emotiva inibita o non sincera, un'estrema cautela e un'attenzione eccessiva per i dettagli, uno stile relazionale freddo e distaccato e un uso frequente di confronti sociali e sentimenti di invidia e rancore (Lynch, 2018a). Il lavoro su questi aspetti ricopre la maggior parte del tempo della terapia, e permette di individuare degli obiettivi di trattamento che siano individualizzati e calati nella specifica storia del paziente.

Per quanto lo schema delle sedute possa apparire "rigido", in contrasto con la promozione di un atteggiamento aperto e flessibile alla base della RO-DBT, in realtà al terapeuta viene richiesto di organizzare la seduta apportando tutte le modifiche necessarie, con la libertà di muoversi all'interno dei livelli della gerarchia in base al problema più rilevante momento per momento.

All'interno del presente lavoro verrà approfondito il secondo livello della gerarchia, che riguarda la relazione terapeutica e il ruolo terapeutico delle rotture nella relazione. Nel prossimo paragrafo verrà inquadrato in generale il concetto di relazione terapeutica, approfondendo quali sono i fattori terapeutici al loro interno; infine, verrà esaminato il ruolo della relazione terapeutica nella RO-DBT, confrontandolo con altri modelli della terapia cognitiva, al fine di coglierne similitudini e differenze.

La relazione terapeutica e i fattori terapeutici all'interno della relazione

Definire la relazione terapeutica: la teoria dei fatti

Spesso i termini "relazione terapeutica" e "alleanza terapeutica" vengono utilizzati in maniera interscambiabile. In realtà la letteratura è piuttosto concorde nel definire l'alleanza terapeutica come una delle parti che costituiscono la relazione terapeutica, e riguarda nello specifico tre aspetti:

- l'esplicita condivisione di obiettivi da parte di paziente e terapeuta;
- la chiara definizione di compiti reciproci all'inizio del trattamento;
- fiducia e rispetto reciproci (Bordin, 1979).

La relazione terapeutica rappresenta invece qualcosa di più complesso, che si configura, come vedremo a breve, sulla base di Sistemi Motivazionali Interpersonali (Liotti, 1994) e Modelli Operativi Interni appresi nelle relazioni precoci che strutturano e regolano il rapporto tra terapeuta e paziente. All'interno di questo lavoro verrà quindi utilizzato prevalentemente il termine "relazione terapeutica", dal momento che anche delle rotture specifiche dell'alleanza possono in qualche modo influire sull'intera relazione, mettendola in discussione.

Il ruolo dei Sistemi Motivazionali Interpersonali e dei Modelli Operativi nella relazione terapeutica

Con il termine Sistemi Motivazionali si intende un processo mentale, fondato su forti tendenze innate, che regola il comportamento e le emozioni in vista di specifiche mete (Liotti & Monticelli, 2014). Nonostante siano condivisi da tutti i membri di una specie animale, il loro funzionamento presenta delle forti differenze individuali sulla base di elementi appresi ed esperienze precoci che fungono da regolatori. La letteratura è piuttosto concorde nel sostenere una organizzazione gerarchica di tali Sistemi Motivazionali.

I Sistemi Motivazionali del livello base controllano i comportamenti e le funzioni fisiologiche necessari al mantenimento dell'omeostasi corporea, e sono finalizzati a proteggere dai pericoli ambientali, esplorare l'ambiente definendo un proprio spazio, nutrirsi e regolare l'accoppiamento sessuale. Regolano quindi la relazione tra organismo e ambiente non sociale.

Nel secondo livello della gerarchia troviamo invece quei Sistemi che regolano la comunicazione fra i membri del gruppo sociale, come la richiesta di cura e vicinanza protettiva (attaccamento), l'offerta di cura (accudimento), le condotte che regolano la competizione per il rango sociale, la possibilità di creare un legame di coppia stabile ma anche la cooperazione per il raggiungimento di obiettivi comuni e il gioco sociale.

Il terzo livello è infine costituito da un sistema che si è creato da un potenziamento del sistema di cooperazione, e riguarda la dimensione squisitamente umana dell'intersoggettività, del linguaggio, della coscienza e della esplorazione finalizzata a obiettivi conoscitivi (Liotti & Monticelli, 2014).

I Sistemi Motivazionali Interpersonali riguardano dunque il secondo e terzo livello di tale gerarchia e sono quelli che orientano ciascuno al raggiungimento di un determinato assetto della relazione (Semerari, 2000).

Come abbiamo visto in precedenza, le disposizioni innate si configurano in modo diverso a seconda delle effettive esperienze di vita; la storia delle relazioni si organizza in Modelli Operativi che generano rappresentazione o previsioni su di sé e l'altro nella relazione. Questi Modelli Operativi sono classificabili come degli schemi interpersonali. Un sistema motivazionale, quindi, rappresenta un contesto mentale generale che si declina attraverso specifici schemi interpersonali (Semerari, 2000).

Sebbene vi sia dunque una dinamicità nella creazione delle strutture mentali che regolano le relazioni, quando queste si configurano in maniera disadattiva divengono estremamente rigide, dando origine a cicli interpersonali (Safran & Segal, 1996). All'interno di tali cicli, le aspettative negative della

persona porteranno alla messa in atto di strategie di prevenzione e gestione degli eventi temuti, con conseguenti segnali relazionali, spesso non verbali, automatici ed emotivi. Ciò suscita nell'altro proprio le sensazioni e gli stati emotivi temuti, e ciò verrà letto dalla persona come un segnale di conferma delle previsioni e aspettative (Semerari, 2000).

Il risvolto clinico che maggiormente interessa la relazione terapeutica è che questi cicli tendono a riprodursi anche in terapia. Nel prossimo paragrafo vedremo come poter trasformare, proprio attraverso la relazione, questi cicli interpersonali disfunzionali in cicli dall'importante valore terapeutico e attraverso quali altri strumenti e processi la relazione può favorire un cambiamento nel paziente.

I fattori terapeutici all'interno della relazione terapeutica: teoria della cura

All'inizio di questo paragrafo abbiamo visto come nella relazione terapeutica, e più nello specifico nell'alleanza terapeutica, sia fondamentale un assetto cooperativo tra terapeuta e paziente, dove gli scopi da perseguire sono condivisi, così come i ruoli e compiti di ciascuno, in un clima che sia di fiducia e rispetto reciproci. Nel cognitivismo standard l'empirismo collaborativo, che passa attraverso la spiegazione del razionale della terapia e la definizione di un contratto terapeutico, ha il ruolo di motivare il paziente alla terapia, portata avanti attraverso l'utilizzo di tecniche. Il processo di cura, quindi, sarebbe svolto dalle tecniche e la relazione è al loro servizio per garantire un buon impegno e motivazione.

Diverso invece è quanto deriva dal concetto di *transfert* psicoanalitico, dove la relazione viene concepita come un "laboratorio" in cui favorire la conoscenza degli schemi interpersonali del paziente, osservando direttamente ciò che accade in seduta e rimandandolo al paziente (Semerari, 2000).

Oltre ad una funzione di sostegno alla motivazione e di conoscenza e consapevolezza, alla relazione vengono attribuiti ulteriori ruoli terapeutici. Uno riguarda il favorire nel paziente processi di identificazione o apprendimento di atteggiamenti del terapeuta, il cosiddetto *modeling*. Tra questi può esserci ad esempio l'osservare come il terapeuta si comporta nel distinguere i pensieri dalla realtà. Si osserva inoltre un importante ruolo della relazione terapeutica nel favorire esperienze correttive dei cicli interpersonali disadattivi. Come visto in precedenza, infatti, il paziente tenderà a riprodurre i propri cicli disadattivi all'interno della seduta; non devono essere visti solamente come una minaccia alla terapia, ma come un'occasione preziosa per perseguire gli obiettivi terapeutici. La premessa principale è che il terapeuta sia in grado di coglierli, monitorando i momenti in cui sente un forte disagio relazionale, l'attivazione di emozioni intense e la presenza di pensieri e tendenze

comportamentali che difficilmente occorrono in seduta. Questo processo è definito da Safran e Segal (1996) come “*disciplina interiore*”. Successivamente è fondamentale che il terapeuta si focalizzi, partendo dal suo sentire, sullo stato mentale del paziente, raggiungendo una comprensione empatica e cercando di agire in modo da non confermarne le aspettative (Carcione, Nicolò & Semerari, 2016). All’inizio questo processo, come sostenuto anche dalla *Control-Mastery Theory* (Weiss, Sampson, The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986 citato in Liotti & Monticelli, 2014), favorisce nel paziente un senso di sicurezza all’interno della terapia e può portare ad un aumento delle capacità riflessive e degli insight. Tuttavia è importante che il terapeuta non si limiti soltanto a disconfermare le aspettative del paziente, ma possa utilizzare quanto accaduto per esplorare lo stato mentale che è alla base dell’attivazione del ciclo. Questa esplorazione ha come obiettivo il creare un clima interpersonale in cui paziente e terapeuta riflettono in modo congiunto su quanto è accaduto tra loro, lavorando anche sulle abilità metacognitive di autoriflessività, comprensione della mente altrui e, nelle fasi più avanzate, di integrazione, che spesso sono carenti (Carcione, Nicolò & Semerari, 2016). Questa funzione vicariante, ora vista a sostegno delle abilità metacognitive, nei casi più complessi può riguardare anche la definizione di scopi e obiettivi esistenziali o la possibilità di sentire di avere figure di conforto nei momenti di vuoto e solitudine, e rappresenta un altro importante ruolo della relazione (Semerari, 2000).

La relazione terapeutica come tecnica

Da tali fattori terapeutici emerge quindi con chiarezza come la relazione terapeutica sia un processo molto complesso ed è importante che nasca da un genuino interesse del terapeuta e da importanti meccanismi di partecipazione. Senza queste premesse, il lavoro di regolazione della relazione potrebbe non portare alcun beneficio, se non diventare addirittura iatrogeno (Semerari, 2000). Inoltre è fondamentale che sia regolata da principi teorici e tecnici, diventando quindi una dimensione tecnica in grado di determinare l’efficacia del trattamento. Quello che la letteratura osserva, infatti, è che anche di fronte a tecniche di comprovata efficacia, laddove vengano proposte all’interno di un contesto relazionale negativo, diventano inutili o addirittura controproducenti (Semerari, 2000). Per tale ragione, un intervento così strutturato come la RO-DBT ripone gran parte del lavoro terapeutico all’interno di ciò che succede a livello di relazione tra terapeuta e paziente. Questo sia per la natura sociale dei disturbi da ipercontrollo, sia per la consapevolezza dell’efficacia di un buon contesto relazionale.

Nel prossimo paragrafo vedremo quindi gli assunti di base della relazione e alleanza terapeutica all'interno della RO-DBT, cercando di confrontarne il ruolo terapeutico con altri modelli d'intervento ampiamente riconosciuti all'interno della terapia cognitiva.

La relazione terapeutica nella RO-DBT: confronto con altri modelli d'intervento della terapia cognitiva

L'importanza della relazione terapeutica nella RO-DBT

Come abbiamo visto inizialmente, uno dei principali punti deboli di chi soffre di disturbi da ipercontrollo riguarda gli aspetti sociali, ed in particolare la percezione di una solitudine emotiva data non tanto dall'assenza fisica di persone intorno, quanto da una scarsa connessione intima con gli altri. La relazione tra terapeuta e paziente, quindi, ha l'obiettivo di aiutare quest'ultimo a ricongiungersi alla tribù, stabilendo forti legami sociali con gli altri (Lynch, 2018a). In questo senso il terapeuta è definito "*ambasciatore tribale*" e promuove la gentilezza, la cooperazione e la giocosità. Lynch (2018a) sostiene che il messaggio che debba arrivare sia del tipo: "Benvenuto. Apprezziamo il tuo desiderio di soddisfare o superare le aspettative e i sacrifici che hai fatto. Hai lavorato sodo e meriti un po' di riposo". All'interno di questo ruolo di ambasciatore, il terapeuta favorisce la creazione di una relazione terapeutica in grado di fungere da fattore terapeutico, come visto in precedenza. All'interno della relazione, infatti, il terapeuta aiuta il paziente a prendere consapevolezza del suo *social signaling* e di cosa può suscitare nell'interlocutore, funge da modello rispetto ai segnali di apertura e appartenenza, portando la relazione su un piano cooperativo, cerca di comprendere quando il paziente sta attivando un ciclo interpersonale disfunzionale e cerca di offrire un'esperienza correttiva che non vada a confermare le aspettative.

Tra le altre cose, Lynch (2018a) definisce gli ambasciatori tribali come persone che celebrano la diversità e riconoscono che come specie siamo migliori quando non assumiamo automaticamente che la nostra prospettiva sia quella corretta. Permettono alla persona di legittimarsi nel non dover capire, risolvere o dirimere immediatamente un problema o una questione. Condividono che la gentilezza, a volte, può passare dal dover rivelare ai buoni amici verità dolorose per aiutarli a raggiungere i loro obiettivi, riconoscendo la loro potenziale fallibilità. Il tutto senza avere la pretesa di poter arrivare a comprendere appieno l'altro, utilizzando quindi un linguaggio ipotetico piuttosto che fare affidamento a verità assolute. Tutto ciò è inizialmente poco disponibile nella mente del paziente, non per niente i pattern ricorrenti di comportamento interpersonale sono alla base dello sviluppo e

mantenimento della sofferenza; la relazione terapeutica diventa quindi elemento cruciale di successo del trattamento.

Lo scopo ultimo è sempre quello di favorire nel paziente ipercontrollato la sensazione di vivere una vita degna di essere condivisa, dove il benessere personale passa dal sentirsi socialmente connessi agli altri.

La creazione della relazione e alleanza terapeutica nella RO-DBT

Stabilire un rapporto terapeutico con una persona ipercontrollata non è una cosa semplice. Le predisposizioni biotemperamentali, così come le esperienze nelle relazioni con le figure di attaccamento e la tendenza a mascherare i propri vissuti, sono fattori che possono rappresentare un ostacolo, soprattutto per quanto riguarda la possibilità di creare un legame affettivo positivo. Per questo motivo la RO-DBT appare in un certo senso “pessimista” riguardo alla possibilità che si crei una vera e propria alleanza terapeutica con facilità e in un tempo relativamente breve. Ricordiamo che in alcuni casi i pazienti ipercontrollati possono esprimere ammirazione e rispetto fin dai primi incontri, con espressioni di impegno perché sono sempre precisi nella compilazione delle schede; è bene però che il terapeuta applichi i principi della disciplina interiore e dell’auto-indagine per mettere in discussione la genuinità di tali affermazioni, dal momento che potrebbero dipendere più da una tendenza ad assecondare ed evitare il conflitto, che dal sentire effettivamente una connessione con il terapeuta. Proprio per questo motivo una vera e forte alleanza è presente nel momento in cui resistenze, disaccordo, opinioni forti sono espressamente condivise e, nonostante ciò, il paziente rimane disposto ad impegnarsi nella terapia senza allontanarsi (Lynch, 2018a). Il momento massimo di confronto che si ha con il paziente è proprio quando vengono colti i primi segnali di possibile rottura; per questo la RO-DBT tende a dare particolare rilevanza a questi momenti. Nel prossimo paragrafo cercheremo di capire cosa s’intende per rottura, quali sono i primi segnali e come poter ripararla attraverso un vero e proprio atto terapeutico.

Rotture dell’alleanza terapeutica nella RO-DBT: riconoscere e ripararle

Nella RO-DBT i criteri che definiscono una rottura nell’alleanza terapeutica sono:

1. Il paziente non si sente compreso dal terapeuta;
2. Il paziente vive il trattamento come irrilevante rispetto ai suoi problemi.

Può essere presente uno solo dei criteri o entrambi, ma un aspetto cruciale è che in qualsiasi caso la responsabilità è sempre del terapeuta, mai del paziente (Lynch, 2018a).

Nel prossimo sottoparagrafo cercheremo di capire quali sono i segnali da riconoscere che potrebbero segnalare una rottura.

Riconoscere i segnali di rottura dell'alleanza terapeutica

Riconoscere i segnali di rottura può essere molto complesso, soprattutto quando parliamo di persone ipercontrollate. Questi pazienti usano spesso una comunicazione indiretta, per evitare fraintendimenti o assumersi responsabilità, pertanto non possiamo aspettarci che riferiscano apertamente quando sentono che c'è qualcosa che non va.

Nel manuale RO-DBT (Lynch, 2018a) vengono indicati tipici segnali, anche non verbali e comportamentali, che possono fungere da campanelli d'allarme. Ne vediamo alcuni di seguito (per approfondimento si veda pag. 282-289 - Lynch, 2018a):

- cambia rapidamente l'umore o il tono della conversazione;
- modifica prontamente l'argomento oggetto della discussione;
- inizia a rispondere a monosillabi;
- un paziente precedentemente prolisso comincia improvvisamente a rendere vaghe le sue risposte ("Suppongo", "Credo"...);
- all'improvviso distoglie lo sguardo o si allontana dal terapeuta;
- alza leggermente gli occhi;
- diventa improvvisamente immobile o congelato o mostra un'espressione vuota
- aggrotta improvvisamente la fronte;
- le labbra si assottigliano;
- comincia ad arrivare senza aver compilato le schede;
- arriva in ritardo o non si presenta alla seduta.

Spesso possono comparire improvvisamente, a causa di un semplice malinteso ad esempio nelle parole del terapeuta. Ma una volta individuati e riconosciuti, cosa si può fare?

Riparare una rottura dell'alleanza terapeutica

Lo scopo della riparazione di una rottura non è mai quello di correggere qualche atteggiamento del paziente, quanto cercare di comprendere cosa sta succedendo al fine di recuperare la relazione. Per farlo è importante chiedere e riferire al paziente ciò che si è osservato in seduta e, allo stesso tempo, domandarsi se ci sono stati dei comportamenti che potrebbero aver inciso. In generale, quindi, l'indicazione è di utilizzare una curiosità aperta, seguendo i 9 punti elencati nel box di seguito (*Box 1*).

Box 1. Usare la curiosità aperta per riparare la rottura dell'alleanza (Lynch, 2018a pag. 291)

1	Abbandonare l'ordine del giorno.
2	Spegnere i motori distogliendo brevemente (1-2 sec) il contatto visivo con il paziente

3	Segnalare la cooperazione (e attivare la sicurezza sociale personale) appoggiandosi indietro, facendo un respiro lento e profondo, e offrendo un sorriso a bocca chiusa e un colpo di sopracciglio.
4	Durante la segnalazione di una cordialità non dominante, chiedere informazioni sul cambiamento osservato, ad esempio dicendo: “Ho notato che qualcosa è appena cambiato”. Descrivere il cambiamento e chiedere: “Cosa le sta succedendo in questo momento?”.
5	Lasciare al paziente il tempo necessario per rispondere alle domande, rallentando il ritmo della seduta.
6	Riflettere su ciò che viene detto e accertare l'accordo.
7	Rinforzare l'auto-disvelamento del paziente e praticare l'apertura radicale.
8	Dedicare un breve spazio alla riparazione (meno di dieci minuti).
9	Effettuare il <i>check</i> con il paziente e accertare il suo rinnovato impegno.

È molto importante rispettare i tempi consigliati per affrontare la riparazione, in quanto confronti più lunghi porterebbero il paziente a sentirsi sotto pressione e potrebbero essere letti come una prova della loro incapacità a stare in relazione con gli altri. L'obiettivo, infatti, è esattamente l'opposto, ossia far comprendere alla persona che il confronto non è un momento da evitare, ma può invece essere l'occasione per rafforzare la relazione, mettendo quindi in discussione le previsioni dei cicli interpersonali disfunzionali.

In questi termini, il ruolo della relazione e dell'alleanza terapeutica all'interno della RO-DBT è in grado di sfruttare quei fattori terapeutici discussi in precedenza al fine di raggiungere importanti obiettivi terapeutici.

A differenza dei protocolli di intervento per i cosiddetti disturbi di Asse I, quando si lavora con disturbi di personalità, piuttosto che su aspetti transdiagnostici come ad esempio le polarizzazioni dell'autocontrollo, emerge sempre più forte l'importanza di utilizzare la relazione terapeutica come tecnica d'intervento, piuttosto che come aspetto al servizio di altre tecniche terapeutiche. Per questo motivo all'interno dei modelli terapeutici che si occupano di tali disturbi è dedicato ampio spazio all'instaurazione di una relazione terapeutica funzionale al raggiungimento degli obiettivi terapeutici. Nel prossimo paragrafo descriveremo quindi alcuni di questi modelli, mettendo in luce possibili differenze o punti di contatto rispetto a quanto descritto nella RO-DBT, tenendo sempre come modello di riferimento la relazione terapeutica così come descritta in precedenza nel presente lavoro.

Relazione terapeutica: un confronto con altri modelli d'intervento

Un confronto con la Dialectical Behavior Therapy (DBT) standard

Come accennato brevemente nella parte iniziale, la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) è una terapia, sviluppata da Marsha Linehan (1993), rivolta a tutti quei disturbi caratterizzati da alta impulsività e disregolazione emotiva. Date queste caratteristiche, è spesso stata utilizzata nel trattamento del Disturbo Borderline di Personalità (DBP). Oltre ad aspetti di disregolazione emotiva, comportamentale e problemi nell'identità, all'interno di tale disturbo sono centrali le problematiche relazionali, e spesso sono proprio queste a mettere a dura prova la relazione terapeutica. A differenza dei pazienti ipercontrollati, però, dove prevale il senso di non appartenenza e il distacco, le relazioni nei pazienti con diagnosi di DPB riflettono la caoticità e non integrazione degli stati mentali che li caratterizzano, oscillando tra la creazione di relazioni viste come positive e buone, che però possono velocemente trasformarsi in relazioni negative. Questo è quindi un primo importante aspetto da tenere in considerazione quando si instaura la relazione terapeutica; da una parte sono presenti nella persona delle risorse per creare relazioni intime e positive, dall'altra è presente una forte instabilità nella rappresentazione dell'altro. Quindi la difficoltà non è tanto quella di insegnare al paziente le abilità sociali *ex novo*, quanto favorire la possibilità che certi elementi positivi della relazione siano presenti anche quando gli stati mentali prevalenti possono portare ad una modificazione della rappresentazione e, soprattutto, che nelle relazioni positive l'investimento sull'altro non sia irrealistico, idealizzato e carico di aspettative facilmente invalidabili (Dimaggio & Semerari, 2003). Non prendere in considerazione queste oscillazioni espone fortemente al rischio di *drop-out*; diviene quindi fondamentale occuparsene per garantire continuità alla terapia. Per questo, nel manuale DBT, è caldeggiata la definizione di un contratto terapeutico scritto, dove sia definito l'impegno del paziente al trattamento così come l'assetto cooperativo della relazione, dove paziente e terapeuta sono co-protagonisti del cambiamento, in un clima di fiducia reciproca. Tale contratto può essere utilizzato nei momenti di rottura dell'alleanza per riprendere un giusto assetto nella relazione e l'impegno. Quindi, sebbene a differenza della RO-DBT, nella DBT le rotture e riparazioni dell'alleanza non siano definite come obiettivo specifico all'interno della gerarchia, in realtà rientrano all'interno del secondo obiettivo, ossia i comportamenti che interferiscono con la terapia, e accompagnano l'intero percorso terapeutico rappresentando uno dei principali strumenti per portare il paziente a sentire di vivere una vita degna di essere vissuta. Nello specifico, all'interno della relazione terapeutica si cerca di lavorare su strategie dialettiche, che si muovono tra accettazione/validazione dell'esperienza e cambiamento. Questa esigenza nasce dal fatto che, nella storia di vita del paziente, l'invalidazione da parte

dell'ambiente relazionale ha contribuito in maniera importante allo sviluppo del disturbo. Ecco che la relazione terapeutica diventa quindi il terreno in cui sentire che il proprio comportamento e le proprie emozioni sono comprensibili alla luce del contesto in cui si realizzano, vengono accolte e comprese, cercando al contempo di spingere verso un cambiamento di cui il terapeuta diventa facilitatore e coopera con il paziente al fine di trovare soluzioni funzionali. Quando la relazione diventa forte, può essere utilizzata anche come elemento di contingenza, in grado di facilitare o limitare la ricomparsa di un comportamento. La presenza e permanenza del terapeuta diventa essa stessa un rinforzo positivo importante. Viceversa, il venir meno di un atteggiamento accogliente, della disponibilità e approvazione del terapeuta rappresentano elementi punitivi, che però vanno saputi usare con cautela e a fronte di una solida relazione instaurata (Linehan, 2001).

Un confronto con la Schema Therapy

La *Schema Therapy*, sviluppata da Young e collaboratori (1990-1999) è un modello teorico e un approccio terapeutico che integra la terapia cognitiva con altri modelli teorici quali la teoria dell'attaccamento, costruttivista ecc.; si è dimostrato efficace soprattutto nel trattamento dei disturbi di personalità (Young, Klosko & Weishaar, 2006). Al suo interno, la relazione terapeutica riveste un ruolo essenziale sia per quanto riguarda l'*assessment* (identificazione degli schemi e condivisione del funzionamento), sia per il cambiamento degli schemi, e utilizza due principali strumenti: il confronto empatico e il *reparenting*. Con confronto empatico s'intende l'esprimere al paziente comprensione per le motivazioni che lo spingono a continuare ad utilizzare uno schema, seppur maladattivo, evidenziando comunque l'importanza del cambiamento; attraverso il *reparenting*, invece, il terapeuta cerca di sopperire ai bisogni emotivi del paziente che non sono stati soddisfatti nell'infanzia (Young, Klosko & Weishaar, 2018). Anche all'interno della *Schema Therapy*, quindi, la relazione terapeutica offre un terreno in cui possono emergere gli schemi disfunzionali del paziente, in cui il terapeuta collabora con lui per identificarli, osservando quali strategie di *coping* mettere in atto discutendole, aiuta a creare un clima di fiducia che favorisca il raggiungimento degli obiettivi; tutte funzioni terapeutiche importanti già osservate negli altri modelli. Forse un aspetto che potrebbe risultare peculiare riguarda il *reparenting* (o più correttamente *limited reparenting*, sottolineando quali sono i confini terapeutici a livello etico e deontologico). Si tratta in realtà di un qualcosa molto simile alla funzione della relazione in cui il terapeuta, attraverso la disciplina interiore, cerca di non entrare nei cicli interpersonali disfunzionali del paziente, contrastando le aspettative e offrendo una esperienza correttiva. Ciò che differenzia rispetto alla semplice disconferma delle aspettative negative è che nella *Schema Therapy* il terapeuta è fonte diretta di soddisfacimento dei bisogni non soddisfatti. Fungendo

da modello di genitore sano, infatti, il terapeuta cerca di soddisfare il bisogno che sta alla base, piuttosto che lavorare in modo diretto, attraverso la relazione, sulle abilità metacognitive o altri tipi di abilità (vedi il *Social Signaling* o l'apertura radicale nella RO-DBT) che possono essere carenti.

In conclusione, nella RO-DBT vengono utilizzati aspetti della relazione che succedono "in diretta"; il paziente ha modo di sperimentare direttamente cosa succede nel momento in cui ci confrontiamo apertamente con qualcuno. La *Schema Therapy*, invece, cerca di risalire alle esperienze precoci in cui il bisogno sottostante non è stato soddisfatto e offre un'esperienza correttiva attraverso il *reparenting*.

Discussione finale

È ampiamente dimostrato in letteratura come la relazione terapeutica rappresenti il fattore terapeutico aspecifico, ovvero non correlato all'uso diretto di tecniche, con maggiore capacità di predire il buon esito di un trattamento (Horvath, Del Re, Flückiger et al., 2011). Il ruolo che tale fattore ricopre all'interno dei modelli teorici e d'intervento analizzati nel presente elaborato dimostra come ciò venga sempre più enfatizzato e come possa costituire un'importante tecnica di cambiamento per sé.

Abbiamo visto come nella RO-DBT ciò che riguarda la relazione terapeutica riveste un ruolo centrale, non tanto come aspetto al servizio di altre tecniche terapeutiche, ma come specifica tecnica d'intervento. Vista la profonda percezione di solitudine emotiva nelle persone ipercontrollate, data non tanto dall'assenza fisica di persone intorno, quanto da una scarsa connessione intima con gli altri, la relazione tra terapeuta e paziente ha proprio l'obiettivo di aiutare quest'ultimo a stabilire forti legami sociali con gli altri. Per farlo, oltre ad un lavoro specifico sui segnali sociali, lo strumento principale è dato proprio dal riconoscere i segnali di rottura al fine di ripararli insieme. Questo permette di disconfermare le aspettative del paziente, legittimando il confronto e la possibilità di stabilire una connessione con gli altri.

Anche dal confronto con gli altri modelli teorici, si evince come spesso sono presenti termini che descrivono la relazione terapeutica molto variegati, e possono far pensare a diverse concettualizzazioni della stessa. Sebbene sia possibile effettivamente trovare delle differenze tra i vari approcci, come evidenziato nei paragrafi precedenti, i fattori cardine che sono alla base del cambiamento restano gli stessi.

Questa riflessione è particolarmente rilevante soprattutto quando parliamo di terapia con persone che soffrono di disturbi di personalità o di disturbi di Asse I che però vengono mantenuti da tratti patologici di personalità. Le relazioni, infatti, all'interno di questi quadri, rappresentano una forte area di malfunzionamento, tanto che nella nuova classificazione dei disturbi di personalità (DSM-5, *American Psychiatric Association*, 2013) il funzionamento interpersonale rappresenta un criterio

fondamentale a livello diagnostico. Essendo quella con il terapeuta una relazione a tutti gli effetti, è importante capire quanto preziosa sia la possibilità di poter vedere dal vivo come vengono gestiti i rapporti interpersonali dalla persona e sfruttare tutte le occasioni possibili per sviluppare abilità e offrire esperienze correttive che siano poi applicabili e spendibili anche nella quotidianità. La possibilità di attingere a diversi modelli d'intervento, poi, ha il vantaggio di poter aggiungere qualcosa in più che, alla luce del funzionamento estremamente personale del paziente, può massimizzarne gli effetti, partendo però da una base comune che garantisca solidità all'intervento.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, D. S., & American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (Vol. 5). Washington, DC: American psychiatric association. Trad. it. DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Astrachan-Fletcher, E., Giblin, A., Simic, M., & Gorder, J. (2018). Radically Open Dialectical Behavior Therapy for anorexia nervosa: Connection, openness, and flexibility at the heart of recovery. *The Behavior Therapist*, 41(3), 149-153.
- Bedics, J. D., Atkins, D. C., Harned, M. S., & Linehan, M. M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1), 67.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
- Brandes, M., & Bienvenu, O. J. (2006). Personality and anxiety disorders. *Current psychiatry reports*, 8(4), 263-269.
- Carcione, A., Semerari, A., & Nicolò, G. (Eds.) (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Bari: Editori Laterza.
- Center, T., & Lynch, T. R. (2018). Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Shared Features and Differences With ACT, DBT, and CFT. *The Behavior Therapist*, 41(3), 142.
- Chen, E. Y., Segal, K., Weissman, J., Zeffiro, T. A., Gallop, R., Linehan, M. M., ... & Lynch, T. R. (2015). Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa—a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 123-132.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (Eds.). (2003). *I disturbi di personalità: modelli e trattamento: stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Bari: Editori Laterza.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Semerari, A., & Nicolò, G. (2010). A rational model for maximizing the effects of therapeutic relationship regulation in personality disorders with poor metacognition and over-regulation of affects. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 363-384.
- Gilbert, K., Hall, K., & Codd, R. T. (2020). Radically open dialectical behavior therapy: social signaling, transdiagnostic utility and current evidence. *Psychology research and behavior management*, 13, 19.
- Gilmartin, T. (2019). Introducing Radically Open-DBT (RO-DBT) as a Treatment for Maladaptive Over-Control. *Australian Clinical Psychologist*, 1-4.
- Hempel, R. J., Booth, R., Giblin, A., Hamilton, L., Hoch, A., Portner, J., ... & Wolf-Arehult, M. (2018). The implementation of RO DBT in clinical practice. *The Behavior Therapist*, 41(3), 161-173.
- Hempel, R. J., Rushbrook, S. C., O'Mahen, H., & Lynch, T. R. (2018). How to differentiate overcontrol from undercontrol: findings from the RefraMED study and guidelines from clinical practice. *The Behavior Therapist*, 41(3), 132.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9-16.
- Leahy, R. L. (2008). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 769-777.

Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. NIDA research monograph, 137, 201-201.

Linehan, M. M. (2001). Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline: il modello DBT. Milano: Raffaello Cortina.

Liotti, G. (1994). La dimensione interpersonale della coscienza. Roma: Carocci.

Liotti, G., & Monticelli, F. (2014). Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista. Milano: Raffaello Cortina.

Lynch, T. R., Gray, K. L., Hempel, R. J., Titley, M., Chen, E. Y., & O'Mahen, H. A. (2013). Radically open-dialectical behavior therapy for adult anorexia nervosa: feasibility and outcomes from an inpatient program. BMC psychiatry, 13(1), 1-17.

Lynch, T. R., Hempel, R. J., & Dunkley, C. (2015). Radically open-dialectical behavior therapy for disorders of over-control: signaling matters. American journal of psychotherapy, 69(2), 141-162.

Lynch, T. R., Whalley, B., Hempel, R. J., Byford, S., Clarke, P., Clarke, S., ... & Remington, B. (2015). Refractory depression: mechanisms and evaluation of radically open dialectical behaviour therapy (RO-DBT)[REFRAMED]: protocol for randomised trial. BMJ open, 5(7)

Lynch, T.R. (2018a). Radically Open Dialectical Behavior Therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol. Oakland: New Harbinger Publications. Trad. it. Manuale RO DBT: La Radically Open Dialectical Behavior Therapy per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo. Guida teorica e pratica. Trento: Erickson, 2021

Lynch, T. R. (2018b). Tribe Matters: An Introduction to Radically Open Dialectical Behavior Therapy. The Behavior Therapy, 41(3), 116-125.

Lynch, T. R. (2018c). The Skills Training Manual for Radically Open Dialectical Behavior Therapy: A Clinician's Guide for Treating Disorders of Overcontrol. Oakland: New Harbinger Publications. Trad. it. RO DBT skills training. La Radically Open Dialectical Behavior Therapy per il trattamento dei disturbi da ipercontrollo - Schede e strumenti operativi per il clinico. Trento: Erickson, 2021

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. Journal of clinical psychology, 56(2), 233-243.

Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. Psychotherapy, 48(1), 80.

Safran, J., & Segal, Z. V. (1996). Interpersonal process in cognitive therapy. Jason Aronson, Incorporated.

Semerari, A. (2000). Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva. Bari: Editori Laterza.

Vanderbleeck, E., & Gilbert, K. E. (2018). Too much versus too little control: The etiology, conceptualization, and treatment implications of overcontrol and undercontrol. The Behaviour Therapist, 41, 125-132.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford press. Trad. it. Schema Therapy: la terapia cognitivo-comportamentale integrate per i disturbi di personalità. Guida teorica e pratica. Erickson, 2018)

Valentina Verzari, Psicologa, Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva, APC Verona
Training Mansutti-Nisi
e-mail: valentina.verzari@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

Accettare i lutti peculiari: ostacoli e interventi di facilitazione

Giulia Marella ¹

¹Università Guglielmo Marconi

Riassunto

Il lutto è una risposta naturale alla perdita di una persona cara, ma non esiste una reazione “normale” al lutto: ogni persona ha tempi e modi differenti per giungere all’accettazione della perdita e per reinvestire le energie in nuovi legami. Solitamente il processo del lutto evolve spontaneamente verso la risoluzione, ma, a volte, si prolunga nel tempo e nell’intensità, con effetti negativi sulla salute fisica e mentale, compromettendo la qualità della vita delle persone che soffrono. In tal caso, il vissuto luttuoso può condurre al disturbo da lutto persistente complicato. Sebbene ogni lutto possa evolvere in patologia, vi sono lutti che, per le loro circostanze peculiari, più facilmente portano ad un esito patologico e ad una mancata accettazione. I lutti peculiari qui analizzati sono il lutto da suicidio, il lutto prenatale e perinatale, il lutto da COVID-19 e il lutto simbolico da perdita ambigua. In questi casi, spesso, occorre un intervento professionale per agire su sentimenti specifici quali il senso di colpa, la vergogna, l’inadeguatezza e sulla delegittimazione sociale del dolore. L’analisi dei lutti peculiari ha il duplice obiettivo di prevenire l’insorgenza di patologie psichiche rilevanti nelle persone a lutto e di promuovere un’adeguata formazione da parte degli operatori clinici che si trovano a supportare tali individui.

Parole Chiave: perdita, lutto patologico, suicidio, prenatale, perinatale, COVID-19, perdita ambigua

Accepting peculiar grief: obstacles and facilitating interventions

Summary

Grief is a natural response to the loss of a loved one, but there is no "normal" reaction to grief: each person takes different times and has different ways to reach the acceptance of loss and to reinvest energy in new bonds. Usually, the grief process evolves spontaneously towards resolution. However, sometimes it protracts and intensifies with negative effects on physical and mental health, compromising the quality of life of suffering people. In this case, grief experience could lead to persistent complex bereavement disorder. Although any bereavement can evolve into pathology, there are bereavements that, due to their peculiar circumstances, more easily lead to a pathological outcome and a lack of acceptance. They are suicide bereavement, prenatal and perinatal bereavement, COVID-19 bereavement and unresolved grief of ambiguous loss. In these cases,

professional intervention is often needed to act on specific feelings such as guilt, shame, inadequacy and disenfranchised grief. The analysis of peculiar bereavements has the dual objective of preventing the onset of relevant psychic pathologies in bereaved people and promoting adequate training by clinical operators who are supporting these individuals.

Key words: loss, pathological grief, bereavement, suicide, perinatal, COVID-19, ambiguous loss

Lutto fisiologico, patologico e peculiare

Il lutto rappresenta una risposta naturale ad una perdita e, per quanto spesso riconducibile a delle fasi e a delle caratteristiche specifiche, l'esperienza vissuta differisce da persona a persona, sia in termini di intensità che di durata (Wortman e Silver, 1989).

Il vissuto del lutto è un processo che prevede un andamento a singhiozzo con l'individuo oscillante tra momenti di maggior consapevolezza e momenti di diniego o rimozione circa la dolorosa realtà della perdita (Lombardo, 2014). L'esperienza del dolore spesso si alterna a sentimenti positivi già nei primi sei mesi successivi alla morte e ciò è considerato segno di resilienza e associato ad una prognosi positiva nella risoluzione del lutto (Bonanno, Wortman, Nesse, 2004). Le ferite emotive provocate dalla perdita iniziano a guarire e, gradualmente, la persona in lutto riprende una vita di relazione appagante insieme alle sue normali attività, mentre la persona deceduta, lungi dall'essere dimenticata, può essere integrata nella propria memoria e introiettata. Il lutto fisiologico di solito evolve spontaneamente verso la risoluzione entro un anno dalla morte: l'individuo torna a livelli di funzionamento psico-sociale confrontabili a quelli pre-lutto, la sofferenza si riduce e non ci sono evidenze cliniche che esso richieda particolari interventi terapeutici di tipo psicologico (Jordan e Neimeyer, 2003).

Benché, dunque, nella maggioranza dei casi non sia né necessario né utile un intervento professionale, il lutto è un argomento clinicamente rilevante per almeno due motivi (Perdighe e Mancini, 2010):

- 1) rappresenta un evento scompensante che può mandare in crisi il funzionamento psicologico normale di una persona e precedere l'esordio di disturbi psicologici quali la depressione, l'ipocondria, l'agorafobia e disturbi psicosomatici; in particolare, la sintomatologia depressiva sembra essere una delle più frequenti complicazioni nel lutto;
- 2) il lutto è il prototipo del processo di accettazione di una perdita.

Ci si chiede, dunque, se esistano e quali siano le reazioni "normali" alla perdita di una persona cara. Perdighe e Mancini fanno notare come, in quasi tutte le teorie psicologiche sul lutto, gli autori siano concordi nel sottolineare che una perdita significativa sia sempre seguita da una costellazione di reazioni tipiche, con un preciso andamento temporale, che si concludono con l'accettazione dell'evento. L'assenza di queste reazioni sarebbe un segnale di prognosi sfavorevole e comporterebbe

un lutto patologico. La sofferenza sembrerebbe necessaria e inevitabile e l'elaborazione centrale per l'accettazione.

Tuttavia, Perdighe e Mancini evidenziano il fatto che la sofferenza emotiva e l'elaborazione del lutto (intesa come confronto cognitivo attivo con la perdita) non siano processi necessari per l'accettazione: non vi sono, infatti, dati empirici a supporto di questa tesi. La loro assenza, dunque, non condurrebbe in maniera automatica ad una visione patogenetica.

Non esiste, dunque, un'unica reazione "normale" al lutto: essa varia fortemente da persona a persona, non deve necessariamente condurre a reazioni standard o a sofferenza emotiva e non obbliga a tappe più o meno fisse e ad una comune elaborazione. Ogni persona ha tempi e modi differenti per giungere all'accettazione della perdita e per reinvestire le energie in nuovi legami.

Il lutto complicato può essere definito come un prolungamento del normale processo del lutto che produce effetti negativi sulla salute fisica e mentale influenzando fortemente la qualità della vita dei soggetti in lutto e dei loro familiari (Lombardo, 2014).

Il disturbo da lutto persistente complicato, sorto come categoria diagnostica nel DSM 5, permette di porre diagnosi qualora il dolore legato alla perdita di una persona cara si prolunghi nel tempo e nell'intensità portando ad una sofferenza acuta e prolungata, tale da determinare distress e da compromettere la qualità della vita del paziente, interferendo con le abitudini lavorative e sociali dello stesso. In particolare, si verificherà un deficit del rendimento lavorativo, una riduzione del funzionamento sociale e la comparsa di complicanze psico-fisiche anche importanti. Tale disturbo può sorgere a seguito di un qualsiasi evento luttuoso. Tuttavia, vi sono lutti le cui circostanze aggravano il carico emotivo negativo vissuto dalla persona, ostacolando il raggiungimento dell'accettazione e conducendo più di frequente ad un esito patologico. Tali lutti vengono considerati "lutti peculiari". In particolare, si considerano di seguito: il lutto da suicidio, il lutto prenatale e perinatale, il lutto da Covid-19 e il lutto simbolico da perdita ambigua. In questi casi occorre agire anche su sentimenti quali il senso di colpa, la vergogna, l'inadeguatezza e sulla delegittimazione sociale del dolore.

Lutto da suicidio

L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera il suicidio come un problema complesso e multicausale, derivante da un'interazione di fattori bio-genetici, psicologici e socio-culturali. Il suicidio rappresenta un grave problema di salute pubblica e costituisce la causa di circa un milione di morti ogni anno mentre il numero di individui che tenta il suicidio si stima sia maggiore da 10 a 20

volte. Ciò rappresenta, in media, una morte per suicidio ogni 40 secondi ed un tentativo di suicidio ogni 3 secondi.

Dopo tale premessa, è facile capire quante persone, quotidianamente, debbano affrontare il lutto a causa di un atto suicidario.

Non tutti gli atti suicidari sono simili, né per causa né per modalità e neppure per esito, per cui è difficile racchiudere un fenomeno così complesso sotto un'unica etichetta.

Il primo tentativo di studiare il fenomeno fu effettuato da Durkheim, che nel 1897 definì il suicidio come “ogni caso di morte che risulti direttamente o indirettamente da un atto positivo o negativo, compiuto dalla vittima stessa consapevole di produrre questo risultato”.

Secondo Durkheim è il contesto socio-culturale l'elemento chiave per comprendere l'atto suicidario. La natura sociale dell'uomo, infatti, lo spinge a confrontarsi con altri individui, a formare gruppi in cui ottenere un ruolo e dove sperimentare il maggior numero possibile di relazioni positive. Di conseguenza, l'indice di suicidi varia in base al grado di integrazione che regna in un gruppo: più l'individuo sarà integrato nel gruppo, minore sarà per lui il rischio di suicidio. Questa teoria portò Durkheim a distinguere tre tipi fondamentali di suicidio: il suicidio *egoistico*, in cui l'individuo si allontana dalla società e dalla ricerca di relazioni stabili; il suicidio *altruistico*, determinato da un eccessivo coinvolgimento sociale che porterebbe ad una svalutazione personale; il suicidio *anomico*, dovuto ad una carenza dell'azione regolatrice della società.

La psicoanalisi si inserisce in questo contesto studiando i contenuti emersi durante l'analisi di persone che hanno alle spalle un tentato suicidio oppure elaborando la biografia psicodinamica di suicidi famosi: il significato del suicidio è rintracciato attraverso le fantasie che esso suscita o attraverso le pulsioni coinvolte. La psicoanalisi, dunque, si focalizza sugli oggetti interni piuttosto che sugli aspetti sociali dell'atto. In particolare, il modello freudiano del suicidio ipotizza un'aggressione del Super Io diretta contro l'Io insieme all'esistenza di una innata pulsione di morte (Freud, 1917).

Horowitz (1986), nella teoria del trauma, pone particolare enfasi sul tipo di morte avvenuta, sostenendo come le perdite derivanti da morti violente (suicidio e omicidio) possano causare maggiori reazioni rintracciabili nel disturbo post traumatico da stress. Ad oggi, numerosi studi supportano questa tesi, dimostrando come tassi maggiori di sintomi traumatici e depressivi siano associati a morti violente piuttosto che naturali (Zisook, 1998; Kaltman e Bonanno, 1999).

Negli ultimi cinquant'anni sono stati numerosi gli studi empirici volti ad indagare il fenomeno del suicidio e a chiarire se il lutto da suicidio sia diverso dal lutto per altre cause, e la risposta sembra essere affermativa.

Cain, nel suo saggio del 1972 *Sopravvivendo a un suicidio*, per primo identifica la peculiarità di questo tipo di lutto descrivendo nove reazioni tipiche conseguenti all'esposizione ad un suicidio: distorsione di realtà, relazioni oggettuali difficili, colpa, disturbi del sé, senso di impotenza, ricerca di significato, identificazione con il suicida, depressione-depersonalizzazione e lutto incompleto. Egli, inoltre, identifica altre reazioni tipiche dell'elaborazione, riscontrate solo in questi casi: celebrazione dell'anniversario della morte, sforzi per prevenire una condotta suicidale da parte di altre persone care e sentimenti di vergogna, stigma ed abbandono predominanti.

Successivamente Dunne (1987), partendo da queste riflessioni, propone il termine di "sindrome dei sopravvissuti" per identificare coloro che hanno perso un caro, un parente o un amico a causa di un gesto suicida. Ad oggi, la definizione di "sopravvissuto" indica tre dimensioni: la prossimità, ossia una vicinanza fisica ed emotiva con il defunto; la sintonia affettiva; l'associazione psichica, ossia una affinità empatica. Di conseguenza, un sopravvissuto avrà esperienza di forte distress psichico, fisico o sociale per un lungo periodo di tempo dall'esposizione al suicidio del proprio caro.

Fu Jordan, nel 2001, a rilevare gli aspetti caratteristici delle risposte dei sopravvissuti, ossia: grande senso di colpa e responsabilità; vergogna; forte senso di rifiuto ed abbandono causato dalla decisione del defunto. Esaminando la rete socio-familiare del defunto, notò come i sopravvissuti fossero visti negativamente dalla società circostante, isolati e stigmatizzati e che tali sentimenti potevano influire sul comportamento come, ad esempio, portarli a mentire sulle cause del decesso ed evitare di parlare del defunto.

A differenza di altri decessi, in cui la responsabilità dei cari non è messa in discussione ove la morte sopraggiunge per malattia o incidente (dunque per cause "esterne"), nel caso del suicidio le persone che avevano anche un minimo contatto con il defunto si domandano se avrebbero potuto in qualche modo evitare, ostacolare e prevenire l'atto letale. I sopravvissuti si sentono colpevoli per non essere stati presenti in quel momento, per non aver capito, per non aver impedito e chiesto aiuto. In particolare, il senso di colpa sembra essere predominante nelle madri di figli adolescenti o giovani morti suicidi: esse si sentono responsabili del mancato compito di accudimento nonché private del loro ruolo vitale primario (Seguin e Lesage, 1995). Anche se il suicidio è una decisione individuale, sentirsi in colpa o responsabili per quanto accaduto è una reazione molto comune per i parenti e gli amici e in terapia potrebbe essere opportuno normalizzare e sottolineare il fatto che i cambiamenti dei comportamenti e di umore che portano a pensare di togliersi la vita possono essere molto gradualmente ed è difficile individuare quando una persona arriva al punto di rottura, talvolta anche da parte dei

medici professionisti. I gruppi di supporto e di auto-aiuto possono rappresentare un mezzo importante nel contribuire ad alleviare il senso di colpa.

La vergogna è fortemente legata allo stigma sociale. Il suicidio è da sempre considerato uno dei principali fenomeni fonte di vergogna e di disapprovazione e la società ha sempre cercato di rinnegare la memoria di coloro che compivano tale gesto: spesso la sepoltura veniva negata e il tentato suicidio severamente punito. Questo netto rifiuto aveva la logica conseguenza di imprimere il marchio dell'infamia anche su coloro che erano stati accanto al suicida durante la sua vita e l'eco di questo atteggiamento è tutt'ora alla base del tabù, della vergogna e della volontà di nascondere il proprio dolore nel periodo successivo alla morte del caro. Purtroppo, lo stigma sociale non appartiene solo al lontano passato: appena trent'anni fa Worden (1991) affermò che “nella nostra società vi è un forte stigma associato al suicidio”. Attualmente, sebbene non vi siano più ripercussioni altisonanti, vi sono sottili processi di emarginazione nei confronti dei sopravvissuti: si assiste alla riduzione dei contatti sociali e un alone di silenzio spesso cala sulla famiglia. In ottica terapeutica, conviene ricordare alle persone in lutto che il suicidio è una decisione presa da una singola persona e gli eventuali giudizi morali non si estendono a macchia d'olio sull'intera famiglia.

La terza reazione tipica dei sopravvissuti è il senso di rifiuto e di abbandono causato dall'atto del defunto. Pensieri quali “il mio caro ha deciso di abbandonarmi e di lasciarmi soffrire da solo/a”, oppure “lo ha fatto apposta”, risultano essere frequenti (Bayley et al., 1999). Da queste riflessioni scaturisce spesso una forte rabbia e un intenso risentimento verso colui che ha deliberatamente deciso di lasciare i propri cari in una situazione di estrema sofferenza e difficoltà, talvolta anche economica. Se il sentimento di abbandono è forte negli adulti, arriva all'estremo nei bambini: la consapevolezza che l'abbandono sia stata una scelta consapevole del genitore porta a profondi sentimenti di inadeguatezza e svalutazione che potranno essere alleviati soltanto quando il fanciullo sarà in grado di comprendere ed elaborare la mancanza di controllo che il genitore aveva rispetto ai suoi sentimenti di sfiducia e di disperazione. Uno studio del 2003 (Sethi e Bhargava, 2003) ha evidenziato come il suicidio di un genitore possa portare alla manifestazione nei bambini di problemi psichiatrici e di difficoltà affettive e relazionali.

Un modello originale sull'elaborazione del lutto da suicidio è attribuibile a Sands (2009) e prende il nome di *Tripartite Model of Suicide Bereavement* (TMSB). Tale modello evidenzia il processo cui incorre il sopravvissuto e si focalizza sul legame emozionale con il caro defunto: la relazione deve essere ricontestualizzata per permettere al sopravvissuto una efficace ricostruzione di sé e una funzionale capacità di dare un senso a quanto avvenuto. Il modello, partendo da una metafora,

evidenzia come la relazione continui post-mortem e come tale attaccamento immaginario possa essere disadattivo e disfunzionale: il sopravvissuto dovrà modificare la propria rappresentazione mentale del legame con il defunto cambiando la rappresentazione di sé e del contesto attraverso tre livelli.

1. *Trying on the shoes*: inizialmente, lo shock e l'incredulità portano a ripercorrere in modo ossessivo e afinalistico gli ultimi atti del defunto: il sopravvissuto continua a domandarsi il perché di tale gesto.

2. *Walking in the shoes*: in questa fase, il sopravvissuto ripercorre mentalmente la vita del defunto, instaurando con egli una relazione immaginaria ed empatizzando con il dolore da lui provato e che lo ha portato a togliersi la vita. La persona in lutto è protesa a percepire l'altrui sofferenza, tanto da sperimentare i sentimenti provati dal caro e modificare il proprio mondo di significati, aumentando il rischio di patologie depressive e condotte suicidarie.

3. *Taking off the shoes*: poco a poco, il sopravvissuto prende le distanze dai sentimenti ipotizzati del defunto e smette di incorrere in pensieri ossessivi e compromettenti. Egli esce dall'isolamento auto-imposto e si reinserisce nel proprio ambiente sociale, abbandonando la vergogna e ricordando gli aspetti positivi del defunto, onorandolo con gli altri amici e familiari.

Riassumendo, gli aspetti peculiari di tale lutto e sui quali occorre agire risultano essere: la vergogna e lo stigma sociale, il rischio aumentato di atti suicidari da parte dei sopravvissuti, la rabbia legata al senso di abbandono e il sentimento di colpa e responsabilità. Di conseguenza, i due interventi principali dovranno essere rivolti da un lato alla prevenzione e dall'altro al sostegno delle persone in lutto.

In ottica preventiva, in Italia e all'estero, sono sorte molte iniziative, dalla "giornata mondiale per la prevenzione del suicidio" alla "race for life": l'obiettivo non è solo sensibilizzare rispetto alla sottostimata problematica del fenomeno ma anche ridurre lo stigma sociale nei confronti dei sopravvissuti.

Per quanto riguarda l'aiuto rivolto ai sopravvissuti, i programmi a loro dedicati, ad oggi, scarseggiano. Nonostante siano molte le persone coinvolte a seguito di un atto suicidario, si stima che soltanto una su quattro cerchi aiuto per uscire dalla difficile esperienza luttuosa.

La psicoterapia individuale rimane un'opzione importante perché permette al soggetto di poter parlare apertamente della sua sofferenza ed analizzare i suoi sentimenti di colpa (Pompili, 2015). In particolare, il trattamento cognitivo-comportamentale sembra essere molto efficace per coloro che presentano alti livelli di ideazione suicidaria (Linde, 2017).

Talvolta, i sopravvissuti obiettano che colui che offre aiuto non può comprendere la loro condizione in quanto non ha vissuto il loro dramma. Per questo motivo, i gruppi A.M.A. (auto-mutuo-aiuto) sono

lo strumento più efficace ed utilizzato per il trattamento del lutto complicato da suicidio. Queste realtà, attraverso terapie di gruppo condotte da uno specialista, inducono coloro che hanno subito un suicidio in famiglia a confrontarsi con persone che hanno vissuto la stessa esperienza. Viene meno, pertanto, il sentimento di abbandono e separazione dal mondo, il senso di solitudine ed unicità del proprio vissuto: la propria situazione viene vista da una prospettiva comunitaria e si trova più facilmente la forza per affrontare un percorso lungo e doloroso.

Lutto prenatale e perinatale

Il lutto prenatale e perinatale rappresenta un evento poco conosciuto ma frequente, di fronte al quale i genitori si trovano impreparati e poco sostenuti. Nel momento in cui una gravidanza si interrompe, sopraggiunge un dolore che, data la gravità della perdita, rischia di prolungarsi nel tempo e nell'intensità conducendo, non di rado, al disturbo da lutto persistente complicato (Ravaldi, 2008).

Si stima che una donna sotto i 30 anni abbia fino al 15% di probabilità che una gravidanza non vada a buon fine e che tale percentuale cresca con l'età raggiungendo il 45% di rischio di aborto a 44 anni. Secondo uno studio pubblicato dalla rivista *The Lancet* (2016), ogni giorno, nel mondo, 7200 mamme perdono il proprio bambino a causa della morte in utero. A questo dato, si aggiungono i bambini nati morti: 5500 al giorno, nel mondo, secondo l'OMS.

Con il termine "prenatale" si fa riferimento al lutto legato alla perdita del feto durante tutto il periodo gestazionale, mentre il termine "perinatale" identifica la morte del bambino dalle 28 settimane di gestazione fino al primo mese dopo il parto.

Occorre specificare che l'intensità del lutto prenatale non è tanto correlata all'età gestazionale, né alla presenza di patologie fetali o di incompatibilità con la vita, quanto piuttosto al grado di investimento affettivo della coppia genitoriale. L'età del bambino non ha importanza per stabilire l'entità della perdita: la differenza sta nell'instaurarsi della relazione di attaccamento che inizia molto prima della nascita (Righetti e Sette, 2000).

Con la perdita del figlio atteso, i genitori vivono un'esperienza traumatica, mentalmente e fisicamente compromettente: il percorso genitoriale, appena iniziato, si interrompe bruscamente venendo meno l'oggetto d'amore tanto fantasticato e già profondamente parte del loro vissuto.

Quando viene a mancare un bambino non ancora nato o appena dato alla luce, le credenze e le rappresentazioni del mondo entrano in crisi e si attivano vari vissuti emotivi che si manifestano nelle diverse fasi di questo lutto peculiare descritte da Ravaldi (2008): shock, realizzazione, protesta,

disorganizzazione e riorganizzazione. Tali fasi coinvolgono e modificano tutte e cinque le dimensioni genitoriali: fisica, emotiva, psichica, spirituale e socio-relazionale.

Questa perdita, dunque, presenta tutti gli aspetti del normale lavoro del lutto ma con alcune differenze sostanziali. Innanzitutto, il lutto prenatale è un evento biologicamente inaspettato e, di conseguenza, emotivamente difficile da accettare oltre che vissuto come “innaturale” dato che solitamente sono i figli che sopravvivono ai genitori. Il rovesciamento dell’ordine naturale degli eventi intacca le credenze normative e viene vissuto come particolarmente “ingiusto”: la morte coincide con l’atto di donare la vita. Quando si investe su uno scopo di giustizia, si farà di tutto per ristabilirla, tardando la consapevolezza dell’irrimediabilità della perdita e aggravando la valutazione della stessa.

Inoltre, dal punto di vista sociale non vi è riconoscimento di tale perdita, soprattutto se avviene durante la gravidanza e non a bambino già nato: il feto deceduto è un individuo che gli altri non hanno potuto conoscere, vissuto solo nella sfera intima della madre. Il lutto prenatale, di conseguenza, viene solitamente negato o minimizzato dal contesto socio-culturale, lasciando la coppia genitoriale nella solitudine e nel silenzio e tale isolamento è frequentemente predittivo di lutto patologico.

La non legittimazione del dolore connesso alla perdita, l’assistenza spesso inappropriata e l’assenza di supporto socio-emotivo e di spazi di sostegno, sono tra i principali fattori di rischio affinché il lutto fisiologico sfoci nella patologia.

Anche la quasi inevitabile catastrofizzazione e l’utilizzo dell’*affect as information* possono contribuire a trascinare la coppia genitoriale in una sofferenza prolungata e verso un esito patologico. Nelle madri, tale esperienza lascia una profonda ferita esistenziale, che può far sviluppare pensieri di incapacità a generare una nuova vita e di incuria nella capacità di proteggere il proprio bambino (Ravaldi, 2016). È un lutto che comprende più perdite: la perdita fisica del bambino; la perdita simbolica di ciò che avrebbe comportato avere un figlio; il fallimento del proprio corpo e il fallimento esistenziale del progetto di genitorialità.

Nel primo periodo successivo al lutto, una ulteriore complicazione può derivare dall’evitamento e dal problema secondario. Il padre e la madre sono spesso infastiditi da tutto ciò che ha a che fare con la genitorialità e possono mettere in atto condotte di evitamento per gestire il dolore della loro perdita, come tenersi lontani dai neonati, evitare coppie con figli piccoli o le donne in gravidanza.

Occorre soffermarsi sul fatto che l’elaborazione del lutto da parte dei due membri della coppia avviene, non di rado, con modalità e tempistiche differenti.

Come per la donna, anche per l’uomo la perdita di un figlio in epoca gestazionale risulta essere tanto più devastante quanto maggiore è l’investimento emotivo verso il nascituro: se l’esperienza luttuosa

avviene in età gestazionale più tardiva, è più probabile che vi sia una percezione del bambino come reale e che il dolore della perdita sia più impattante (Huffman et al., 2015). Sebbene la gravidanza per l'uomo sia psico-emotiva e non fisica e corporea come quella materna, anche i padri possono soffrire facendo esperienza della mancanza di riconoscimento come genitore in lutto (Gandino et al., 2018). Diverse ricerche dimostrano come le emozioni esperite dall'uomo siano qualitativamente simili a quelle della donna, sebbene con alcune differenze: l'uomo tende ad indugiare meno nel pianto e a non sentire l'impellente necessità di un supporto sociale, mentre può esprimere la propria sofferenza attraverso l'abuso di sostanze o attraverso altri *acting-out* (Bonnette e Broom, 2011). Anche nell'uomo sono frequenti reazioni quali rabbia, incredulità, ansia, frustrazione e paralisi. In uno dei pochi studi sullo sviluppo di sintomi nei padri a seguito di una perdita in gravidanza, si sottolinea come, di frequente, insorga una significativa sintomatologia ansiosa, depressiva o post-traumatica, anche se di impatto inferiore rispetto a quella materna (Turton et al., 2006).

La letteratura scientifica evidenzia come, inevitabilmente, la coppia genitoriale faccia esperienza di alcuni cambiamenti che possono riguardare la comunicazione, la dinamica relazionale e l'intimità. Purtroppo, si è visto come, spesso, l'esito di questo squilibrio nel vivere il lutto possa condurre al divorzio, in particolare a seguito della morte di un bambino a termine di gravidanza o a seguito di aborti multipli (Shreffler et al., 2012).

Studi scientifici evidenziano come i predittori dello sviluppo di lutto complicato a seguito della perdita prenatale o perinatale includano: mancanza di supporto sociale, preesistenti difficoltà nella relazione genitoriale, assenza di altri figli e il persistere di atteggiamenti ambivalenti relativi alla gravidanza (Kersting e Wagner, 2012).

Il lutto prenatale e postnatale, dunque, è un dolore che ha bisogno di essere sia riconosciuto che accolto e, spesso, il genitore necessita affiancamento e supporto per intraprendere il percorso di elaborazione che permette di trasformare un evento di vita paralizzante in una possibilità di futuro.

Per quanto riguarda il sostegno alla coppia genitoriale, la terapia cognitivo-comportamentale risulta indicata come trattamento d'elezione del disturbo depressivo e del disturbo d'ansia connesso all'esperienza traumatica mentre l'*EMDR* può essere funzionale nel trattamento del disturbo post-traumatico da stress eventualmente connesso.

In generale, durante il percorso psicoterapeutico, l'esperienza della gravidanza viene esplorata nel dettaglio per comprendere il suo significato per la paziente e i sentimenti nei confronti del bambino mai nato, aiutando la madre a sviluppare una rappresentazione internalizzata del bambino. È altresì opportuno lavorare sulla normalizzazione, in quanto molti giovani adulti hanno aspettative e credenze

inverosimili circa la gravidanza e il parto, convinti che la morte alla nascita sia un evento estremamente raro e che, se un bambino nasce vivo, l'attuale tecnologia neonatale ne garantirà la sopravvivenza. Come non esiste un nome per indicare i genitori che perdono i figli in epoca gestazionale e perinatale, così è ancora troppo scarso il riconoscimento del vissuto di lutto, mancando uno spazio - sia mentale che culturale - in cui questa esperienza possa essere pensata collettivamente e individualmente. Altrettanto fondamentale risulta essere l'accompagnamento alla nascita in una gravidanza successiva, in quanto una gravidanza dopo un'esperienza di lutto perinatale è ricca di sentimenti ambivalenti: gioia per la nuova vita ma anche terrore, ansia e paura di costruire una relazione d'attaccamento prenatale e di un nuovo esito infausto. L'intervento psicoterapeutico mira alla gestione di queste emozioni contrastanti e alla costruzione di un nuovo spazio mentale per il figlio in arrivo.

In ottica preventiva, risulta fondamentale la capacità di ascolto e l'adeguata formazione da parte degli operatori sanitari. Un interessante articolo scientifico del 2016 mette in luce gli errori clinici più frequenti nel trattamento del dolore a seguito di questo tipo di perdita e ne evidenzia principalmente tre: minimizzare o evitare le manifestazioni dolorose dei genitori; assumere che il lutto si risolverà in una successiva gravidanza a buon fine; trascurare le prime perdite irrisolte risvegliate dall'esito infausto della gravidanza (Markin, 2016). Quando un lutto di questo tipo colpisce una famiglia, è indispensabile che gli operatori in supporto siano adeguatamente formati ed estremamente empatici. I contenuti e i toni hanno grande rilevanza nel mostrare vicinanza e comprensione o, al contrario, distacco e indifferenza. Tentare di minimizzare, razionalizzare o appellarsi alla natura può avere effetti negativi e controproducenti, soprattutto nei primi giorni dall'evento, e alcune frasi possono essere vissute come aggressive o invalidanti (Ravaldi et al., 2009): una cattiva comunicazione può amplificare l'effetto traumatico dell'evento.

Per quanto possibile, conviene evitare l'offerta di sedativi o tranquillanti dato che potrebbero amplificare le emozioni negative e privare delle memorie, anche fisiche, necessarie per attivare il *grief work*. I genitori devono essere informati sulle procedure dell'eventuale autopsia e su quelle relative alle esequie. Le informazioni sulle cause del decesso e i risultati di eventuali approfondimenti devono essere forniti in modo comprensibile e, possibilmente, ripetute a distanza di alcuni giorni. Riguardo la degenza in ospedale, alcune strutture offrono alla coppia la possibilità di rimanere insieme, nella stessa stanza, durante l'ospedalizzazione. In particolare, è bene evitare di offrire una stanza con altre donne che hanno partorito bimbi sani, condizione che potrebbe risultare insopportabile. La condivisione del progetto assistenziale e la tutela dell'intimità nell'espressione del

dolore favoriscono una attenuazione dello shock iniziale e aprono la strada a un percorso di accettazione.

Un altro aspetto importante, emerso dal sopra citato studio inglese, riguarda le pratiche commemorative e la creazione della *memory-making*. Si è visto come la creazione della memoria era estremamente importante per aiutare i genitori ad inquadrare la morte del loro bambino e convalidare la sua vita. La *memory-making* include passare del tempo con il proprio bambino e collezionare manufatti per ricordarlo: fotografie del neonato, una ciocca di capelli, impronte di piedi o mani, il cinturino ospedaliero o la coperta in cui era avvolto il bambino. Anche i certificati ufficiali rappresentano una parte importante di questo processo di creazione della memoria (Wilma, 1982). Aiutare i genitori a raccogliere e conservare memorie implica anche la possibilità di trascorrere del tempo con il neonato, toccarlo o vestirlo. Anche se queste azioni sembrano temporaneamente aumentare la sofferenza, possono diventare memorie concrete per facilitare l'accettazione. I genitori, infatti, desiderano sottrarre all'oblio sociale il ricordo del defunto e attraverso le pratiche funebri e l'attivazione di una memoria collettiva possono procedere nell'elaborazione di quella relazione parentale solo in parte esperita e poterla collocare in uno spazio - tempo definito e circostanziato. Questo lavoro psichico e psicosociale, sia personale che condiviso, risulta condizione necessaria per accettare il lutto e per intraprendere nuove gravidanze senza proiettare sul nascituro i fantasmi di un passato sospeso e, dunque, ancora attuale.

Lutto da Covid-19

La pandemia dovuta al coronavirus, tutt'ora in corso, costringe i familiari del defunto ad affrontare un lutto molto particolare, in parte paragonabile al vissuto che dovettero affrontare i nostri avi durante epidemie come l'influenza impropriamente detta Spagnola, di cento anni fa, o come la peste nera del XIV secolo.

La letteratura scientifica attuale, relativa ai familiari in lutto a causa del COVID-19, evidenzia molti fattori impattanti nell'adattamento della famiglia alla perdita dell'amato, classificabili in due categorie: il lutto anticipatorio e il vissuto post decesso (Firouzkouhi et al., 2021).

Tradizionalmente, il lutto anticipatorio è il normale vissuto doloroso che pervade le famiglie in attesa della morte del proprio caro malato ma nella pandemia questa esperienza è resa ancora più dolorosa a causa di caratteristiche peculiari (Wallace et al., 2020). Rispetto ai momenti precedenti al decesso, le caratteristiche comuni esperite dai familiari risultano essere: il forte vissuto di colpa e la lontananza fisica dovuta al rischio di contagio.

Il senso di colpa è uno degli aspetti peculiari di tale lutto: il virus è stato trasmesso al defunto da qualcuno che, solitamente, si tratta di un familiare stretto. Spesso, infatti, ad essere contagiati sono i più giovani, a causa del lavoro o della vita sociale. Essi sopravvivono ma il virus trasmesso ai più anziani può risultare letale: infatti, l'età media nei 170 mila decessi italiani ad oggi, risulta essere di 80 anni. Il parente, dunque, indugia in ruminazioni su come avrebbe potuto evitare il contagio se solo si fosse comportato diversamente e queste considerazioni affaticano un vissuto già di per sé gravoso. L'impossibilità di stare fisicamente accanto al malato negli ultimi giorni di vita è un altro aspetto che rende particolarmente dolorosa l'esperienza dei familiari. Per evitare l'aumento dei contagi, infatti, fin dai primi momenti di epidemia furono vietate le visite ospedaliere. Di conseguenza, non è stato possibile stare al capezzale del malato, stringergli la mano o scambiarsi le ultime confidenze. Inoltre, c'era la consapevolezza, da parte dei familiari, delle tristi condizioni in cui si trovava a morire il proprio caro: in una stanza d'ospedale, con l'assordante e continuo rumore dei respiratori e l'unica compagnia di medici provati, impegnati e mascherati. I più fortunati hanno potuto salutare un'ultima volta il proprio caro tramite videochiamata se la tecnologia e qualche operatore particolarmente disponibile lo consentiva. Solo dopo alcuni mesi, qualche struttura ospedaliera più all'avanguardia si è attrezzata con pareti di plexiglass, oblò trasparenti e lunghi guanti di plastica per scambiarsi una carezza in sicurezza.

La lontananza fisica ha l'ulteriore conseguenza di far vivere i parenti nell'incertezza continua e sempre in ansia e in attesa di una possibile telefonata dall'ospedale. Neppure l'attribuzione dei riti religiosi - quale l'estrema unzione o l'ultima confessione - accompagna i malati e conforta i parenti. Già in epoca pre-pandemica alcune ricerche avevano dimostrato come fattori di rischio di lutto persistente complicato per i familiari dei malati potessero essere: il decesso avvenuto in terapia intensiva (Wright et al., 2010), l'impossibilità di dire addio al proprio caro (Otani et al., 2017), il senso di colpa (Li et al., 2019), lo scarso supporto sociale e la mancanza di preparativi alla morte (Romero et al., 2014), tutti fattori ricorrenti nel lutto in oggetto. Nello specifico del lutto da COVID-19, Stroebe e Schut (2021) aggiungono come ulteriori fonti di distress emotivo: la mancanza di preparazione emotiva e pratica data dalla velocità dell'aggravarsi delle condizioni di salute; la consapevolezza della tragicità delle ultime ore di vita del proprio caro (isolamento, sconforto psicologico e difficoltà respiratorie); la percezione di violare un codice etico-morale nel negare al malato le pratiche religiose di fine vita.

Anche per quanto riguarda il vissuto post decesso occorre fare alcune considerazioni. Innanzitutto, nell'immediato, vi è l'impossibilità di vedere il corpo, di svolgere le comuni pratiche mortuarie

relative alla vestizione e di procedere con il rito funebre condiviso. Spesso i funerali sono rimandati o svolti in un numero di persone molto ristretto così da non poter avere il conforto e il sostegno degli amici. Inoltre, vi è sempre una condizione di lontananza fisica: gli abbracci vengono evitati e le espressioni del viso di conforto e compartecipazione sono celate dalle mascherine. Questo amaro ricordo dei riti funebri può incrementare le difficoltà psicologiche del vissuto luttuoso (Fuller et al., 2020).

In aggiunta, il virus si diffonde a macchia d'olio, per cui moltissime famiglie si vedono costrette a vivere più di un lutto inaspettato in un brevissimo arco di tempo. Ovviamente, le perdite multiple aumentano la difficoltà dell'elaborazione e dell'accettazione.

Stroebe e Shut (2021) riassumono le principali reazioni emotive provate dalle famiglie in lutto da coronavirus: forte ansia e insicurezza; sentimenti di vulnerabilità e timore di altri decessi; senso di colpa e di responsabilità.

Anche il continuo indugiare sulla morte da COVID-19, ininterrottamente trattata da mesi dai *mass media*, espone le famiglie in lutto a immagini angoscianti e le obbliga a rivivere ricordi dolorosi, con un potente impatto negativo in termini di adattamento.

Uno studio statunitense ha comparato il lutto da covid con altre tipologie di lutto ed evidenziato come in tale circostanza aumenti anche il rischio di sintomi depressivi ed alcolismo (Grace, 2021).

Prima di analizzare le tecniche per trattare l'eventuale insorgenza del disturbo da lutto persistente complicato, occorre soffermarsi sulle strategie preventive valutate dalla letteratura.

Durante la degenza in ospedale, per le famiglie in attesa di notizie, risulta fondamentale - anche ai fini di una successiva facilitata elaborazione del lutto - trovare modi creativi per mantenere una stretta vicinanza e una continua comunicazione con il proprio caro, per esempio tramite l'uso della tecnologia o la scrittura di lettere (Le Roy et al., 2020).

Altrettanto fondamentale è la formazione degli operatori ospedalieri, in particolare psicologi. Essi devono porsi come mediatori tra i pazienti, le famiglie e i prestatori di cure e provvedere alla psico-educazione della famiglia nonché all'insegnamento di tecniche cognitivo-comportamentali rivolte all'accettazione della dolorosa situazione, utilizzando un linguaggio accessibile volto ad evitare errate interpretazioni (Singer et al., 2020). Per giungere all'accettazione del faticoso vissuto, è importante la consapevolezza e l'esplorazione dei propri sentimenti più difficili, inclusi tristezza, ansia, paura e rabbia.

Anche le tecniche di *mindfulness*, aiutando a stare nel presente, consentono di bilanciare pensieri costruttivi e pensieri stressanti dovuti all'incertezza del futuro.

Per quanto riguarda gli interventi post-decesso, si sottolinea l'utilità di pratiche collettive volte alla creazione di significato: sia la famiglia e gli amici che i gruppi AMA possono divenire realtà in grado di veicolare l'accettazione e aumentare la resilienza della persona in lutto (Kokou-Kpolou et al., 2020).

Un modello terapeutico già indicato come utile dalle attuali ricerche scientifiche risulta essere quello di Worden (2009). Egli descrive quattro compiti nel processo del lutto: accettare la realtà della perdita; attraversare il dolore del lutto; adattarsi ad un mondo senza il caro defunto; ridefinire emotivamente la perdita creando una connessione con il defunto.

Adattare i quattro compiti al lutto da COVID-19 significa aiutare l'individuo a svolgere le seguenti attività: parlare del proprio rapporto con il defunto e fare una lista di tutte le perdite personali, in termini di vite ma non solo, dovute alla pandemia; descrivere e approfondire i sentimenti esperiti; identificare i cambiamenti interni, esterni e spirituali derivanti dalla situazione epidemiologica; focalizzarsi sulle emozioni relative al defunto e anche al vissuto sociale del momento (Kim, 2021).

Anziché parlare di "fasi" del lutto, che implicherebbe linearità e passività, lo schema di Worden si focalizza sull'adattamento tramite l'impegno attivo della persona in lutto. Questo approccio consente di creare strategie di conforto e adattamento alle varie situazioni, progredendo nell'elaborazione della perdita.

Nel caso del coronavirus, il decesso rapido e inaspettato e la lontananza dal malato al momento della morte rendono indubbiamente peculiare il contesto. Le perdite multiple agiscono come *stressors* simultanei e, dunque, più difficili da affrontare e l'isolamento sociale incrementa il disadattamento (Bradley et al., 2021).

Oltre al lutto anticipatorio e al lutto complicato, alcuni studi evidenziano come nel lutto da COVID-19 vi sia una quota di dolore "delegittimato". Per lutto delegittimato (*disenfranchised grief*) si intende il processo in cui la perdita è sentita come "non apertamente riconosciuta, socialmente validata o pubblicamente partecipata" (Doka, 2002). Questa esperienza di lutto può creare difficoltà in termini di vissuto emozionale poiché riduce il supporto sociale e la persona, di conseguenza, può non riconoscere il proprio diritto a soffrire e ad esternare le emozioni dolorose, nonché ad ottenere compassione e supporto. Nel contesto pandemico i fattori che possono contribuire alla sensazione di delegittimazione del proprio vissuto sono (Albuquerque et al., 2021):

- l'impossibilità di restare accanto al proprio caro negli ultimi istanti di vita con la conseguente sensazione di impotenza nell'essere di conforto;

- la modifica delle norme relative ai riti funebri che non permettono il supporto sociale e, di conseguenza, rendono più difficile riconoscere la realtà della perdita all'interno dell'inevitabile ciclo di vita (Bromberg, 2000);
- l'accumularsi continuo di decessi che può togliere attenzione e consapevolezza al singolo individuo e ridurre le persone a numeri e statistiche, svalutando così l'identità personale.

Oltre alla delegittimazione sociale, l'individuo stesso può avere difficoltà nel riconoscere come legittimo il proprio vissuto luttuoso in quanto schiacciato dai sensi di colpa per aver infettato il defunto o, comunque, per non essergli stato accanto nel fine vita.

Anche il modello del processo duale di Stroebe e Schut (1999) può essere particolarmente rappresentativo dell'attuale contesto luttuoso. Gli autori evidenziano che, oltre alla necessaria oscillazione tra strategie di coping *loss-oriented*, che permettono il confronto e l'accoglimento di sentimenti di perdita, e *restoration-oriented*, che includono il superamento dei fattori di stress quotidiani derivanti dalla morte, è importante valutare l'esistenza dei diversi fattori di perdita o ricostruttivi che l'individuo si sente di vivere in quel momento e in grado di affrontare. La pandemia incrementa gli *stressors* che rendono più difficoltoso il passaggio verso strategie orientate alla ricostruzione. Ciò avviene perché le perdite affrontate in questo contesto sono varie: personali, economiche e sociali (Mayland et al., 2020). Inoltre, essendo le persone private delle usuali attività sociali, ricreative e occupazionali, vi sono meno opportunità per evitare o, quanto meno, condividere, le schiaccianti emozioni di perdita. Infine, senza incontri faccia a faccia, le pratiche post decesso relative, ad esempio, ai conti bancari da modificare o all'organizzazione dei funerali risultano più difficili e incrementano l'irrequietezza e la fatica nel procedere attraverso un percorso volto all'accettazione.

In conclusione, la rilevanza della morte e del lutto nel contesto pandemico sembra essere un fattore che incrementa il distress psicologico e i disturbi mentali, soprattutto in individui con un precedente vissuto di malattia psichica (Joaquim et al., 2021). Identificare questi individui risulta, dunque, obiettivo fondamentale per i clinici e i governi, al fine di minimizzare l'impatto distruttivo di tale pandemia nel tessuto sociale.

Lutto simbolico da perdita ambigua

Per concludere questa breve rassegna sui lutti peculiari, merita interesse il concetto di lutto simbolico da perdita ambigua. Il lutto, in questo caso, non è propriamente reale poiché la morte non è avvenuta o, se vi è stata, la persona in lutto non ne è a conoscenza o non ne ha la certezza.

Il concetto di perdita ambigua fu coniato negli anni Settanta dalla psicoterapeuta Pauline Boss (1999) che tutt'ora continua ad approfondire tale tematica. I suoi studi partirono dalle analisi relative ai disagi vissuti dai familiari dei soldati dispersi in Vietnam e si consolidarono nell'ambito della ricerca effettuata con famiglie che affrontavano il problema dell'assenza psicologica di un congiunto affetto da Alzheimer, malattie croniche, stati comatosi o danni cerebrali. La dottoressa definì la perdita ambigua come una perdita senza chiarezza e senza una fine. La perdita ambigua, dunque, si verifica in assenza della reale morte e si differenzia dalle normali perdite in quanto risulta incerta e indefinita, caratterizzata da una forte ambivalenza tra presenza/assenza del bene in questione. L'ambiguità e l'incertezza del decesso interrompe e cristallizza il processo di elaborazione del lutto con importanti esiti negativi, sia psico-fisici che emotivi, nella persona in lutto.

La perdita caratterizzata da aspetti di incertezza rappresenta un rischio maggiore di lutto complicato, in quanto rende difficile la rappresentazione della sua irreversibilità e irrimediabilità, aumenta la ruminazione e posticipa la presa di coscienza. Diversi studi, inoltre, evidenziano come lutti e malattie caratterizzati da aspetti di incertezza presentino un rischio maggiore di difficoltà di accettazione da parte dei parenti (Boss, 2006; Boelen et al., 2013).

Boss distingue due tipi di perdita ambigua: la prima si riferisce a quei casi in cui un individuo è psicologicamente presente nella mente dei familiari ma fisicamente assente; l'altra si verifica quando la persona è fisicamente presente ma psicologicamente ed emotivamente assente.

Nel primo caso, quando vi è assenza fisica della persona, la mancanza del corpo del proprio caro e l'incertezza rispetto al suo destino spinge i familiari ad estenuanti ricerche di risposte, di senso e di coerenza in un interminabile vortice di pensieri ed emozioni che rendono più difficile traghettarsi verso un vissuto di accettazione. È il caso, ad esempio, di un individuo rapito, scomparso, carcerato, disperso a causa della guerra o a causa di calamità naturali.

Il lutto per le persone svanite nel nulla spesso deriva da un evento improvviso e inaspettato e i familiari sono circondati dal silenzio e dalla mancanza di informazioni. L'incertezza derivante dal non sapere se il proprio caro è vivo o morto complica l'elaborazione del lutto e si traduce in un dolore intermittente: in alcuni momenti prevale la speranza che la persona sia ancora viva e che un giorno faccia rientro; in altri prevale la disperazione e la rabbia per una situazione impossibile da definire e, dunque, estremamente difficile da accettare. Tale situazione aumenta notevolmente i livelli di stress e di ansia dei familiari, incrementando la possibilità di complicazioni nel lavoro del lutto (Tizon, 2004).

Non avere un corpo su cui piangere e dover mettere in *stand by* ogni rituale e pratica funebre, come già analizzato nel paragrafo precedente, diviene un ulteriore fattore di rischio nell'emergere di sviluppi patologici.

Inoltre, la persona in lutto potrebbe provare forti sentimenti di colpa nel momento in cui iniziasse ad accettare la morte in quanto, permanendo lo stato di incertezza, avrebbe la sensazione di “uccidere dentro di sé” il caro scomparso forse ancora in vita. In tal modo, si oppone resistenza, cercando di mantenere viva l'immagine della persona scomparsa e impedendo così l'accettazione del lutto (Landau e Hissett, 2008).

Considerando che solo nel 2020, in Italia, sono sparite nel nulla e non si ha più traccia di ben settemila persone, è evidente la diffusione di questo tipo di vissuto.

Nel secondo caso, la persona è presente fisicamente, ma il suo stato cognitivo ed emotivo le impedisce di partecipare pienamente alle dinamiche familiari e di mantenere il ruolo che ha sempre ricoperto. Rientrano in questa tipologia le persone con demenza, chi ha subito traumi e lesioni cerebrali, chi soffre di dipendenza da sostanze, chi è in coma e, più in generale, coloro che hanno malattie cognitivamente invalidanti. Tra queste situazioni, una delle più diffuse è l'Alzheimer che porta ad un disconoscimento reciproco: la persona malata, a poco a poco, non riconosce più i propri familiari che, al contempo, non riconoscono più il loro caro in ciò che dice e in come si comporta. Proprio in questa reciprocità prende vita l'ambivalenza tipica della perdita ambigua (Boss e Couden, 2002).

Anche in questo caso, l'assenza di pratiche che sanciscono la perdita parziale che vive chi è vicino ad un malato di Alzheimer alimenta il senso di solitudine e di impotenza.

Le persone affette da demenza non presentano solo difficoltà cognitive ma anche disturbi a livello comportamentale ed emotivo compromettendo, di conseguenza, anche la vita dei prestatori di cure. Le perdite che il *caregiver* si vede costretto a vivere nel lungo percorso di cura sono diverse: la perdita del proprio ruolo in famiglia e della propria libertà in quanto costretto a prendersi cura del malato, la perdita della comunicazione e della relazione e, infine, il ricovero e la perdita definitiva della morte (Belviso, 2021). In tutte queste fasi, il *caregiver* può vivere non solo il lutto anticipatorio ma anche il lutto simbolico, con tutte le caratteristiche del lutto reale e aggravato dagli aspetti peculiari sopra citati. Anche in questo caso, considerando che in Italia più di un milione di persone soffre di demenza, è intuitivo comprendere l'entità del fenomeno.

Dupuis definisce il lutto ambiguo oltre che caratterizzato da lutto anticipato anche da lutto progressivo e lutto riconosciuto. Il primo vissuto riguarda le previsioni delle perdite che il *caregiver* potrà sperimentare in futuro; il secondo è relativo alla sofferenza in risposta al progressivo decadimento

cognitivo e comportamentale della persona cara; il terzo si concretizza con l'ospedalizzazione del malato (Dupuis, 2002).

Il lutto ambiguo viene anche definito lutto nascosto per due ragioni (Dempsey e Baago, 1998). Innanzitutto, finché la persona cara è viva, i *caregivers* non sono consapevoli di vivere un vero e proprio lutto: il vissuto resta sommerso e inaffrontato. In aggiunta, neppure la società riconosce e legittima tale vissuto luttuoso: la persona cara è ancora in vita e, dall'esterno, non si riconosce il binomio presenza fisica/assenza psicologica. È dunque un lutto non autorizzato, senza diritti e delegittimato (Doka, 1989).

La letteratura ha evidenziato stati emotivi simili nei *caregivers* quali tristezza, angoscia, depressione e rabbia (Frank, 2008). Anche la vergogna per i comportamenti bizzarri del proprio caro è un sentimento frequente e incide ulteriormente sul ritiro sociale. Inoltre, può essere presente un forte senso di colpa sia per le emozioni contrastanti provate, sia perché si arriva a pensare che una morte definitiva sarebbe preferibile da sopportare (Pavino, 2014).

Recentemente, Blandin e Pepin (2017) hanno analizzato il lutto dei *caregivers* in merito alla demenza di un proprio caro attraverso il *Dementia Grief Model*. In tale modello vi sono tre stati da affrontare per giungere all'accettazione del lutto simbolico: separazione, ove il *caregiver* soffre per le innumerevoli perdite irreparabili dettate da un progressivo decadimento psico-fisico del proprio caro; liminalità, caratterizzata da un profondo vissuto di sofferenza e strategie disfunzionali di coping; rinascita, quando il *caregiver* integra la malattia nella sua memoria e nel suo progetto di vita, accetta e si adatta alle nuove esigenze e al nuovo rapporto che si crea con la persona cara. Queste fasi, tutt'altro che lineari, rappresentano un ciclo che l'individuo può percorrere più volte.

Per quanto riguarda il trattamento di questa peculiare tipologia di vissuto luttuoso, un primo metodo viene identificato dalla stessa Pauline Boss (2006). Nel libro *Loss, trauma and resilience*, dedicato in particolar modo ai terapeuti, la dottoressa afferma che il processo terapeutico per poter convivere con tale dolore è circolare, necessita spesso di una rete di professionisti e si divide in più aree di lavoro:

- *la ricerca di significato*, derivante dai peculiari valori di quella specifica persona o famiglia in lutto. Il fine non è eliminare la sofferenza ma abbracciare la speranza di ritrovare il proprio caro e riuscire a convivere con l'indeterminatezza della attuale situazione. Per Boss, la speranza è un elemento fondamentale per rimuovere il blocco generato dalla perdita ambigua: in quanto caratteristica dell'ottimismo, permette di approcciarsi alla vita in modo costruttivo perseguendo obiettivi realistici;

- *la normalizzazione dell'ambivalenza* si riferisce alla capacità di gestire l'alternanza di sentimenti ed emozioni contrastanti. Spesso, l'individuo in lutto passa dalla serenità della speranza alla disperazione della rassegnazione. Occorre imparare a contenere i sentimenti negativi e i sensi di colpa e a sviluppare la narrazione della propria storia per ricostruirla cognitivamente in modo più consapevole;
- *lo sviluppo della padronanza del controllo* consiste nel non lasciarsi sopraffare dalle emozioni di disperazione e di sfiducia e nell'essere consapevoli che non tutto, nella vita, è controllabile;
- *la ricostruzione dell'identità relazionale* permette di venire a patti con il proprio nuovo ruolo all'interno della famiglia, sicuramente mutato in seguito alla scomparsa fisica o psichica del proprio caro;
- *l'attualizzazione dell'attaccamento*, infine, permette di instaurare un nuovo e diverso legame con la persona scomparsa fisicamente o psicologicamente, indebolendo la resistenza a separarsi del tutto e, di conseguenza, a perdurare nella sofferenza.

L'obiettivo è sviluppare una nuova identità resiliente, costruttiva e flessibile in grado di convivere con l'ambiguità e il dolore della perdita. Come affermato dalla stessa Pauline Boss, la perdita ambigua - o lutto *stagnante* come da lei definito - è un disturbo relazionale e non una patologia individuale; dunque, anche gli interventi terapeutici dovranno privilegiare il lavoro con la famiglia e la comunità anziché il singolo individuo.

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia delle tecniche cognitivo-comportamentali nel trattamento dei pazienti con un vissuto di perdita ambigua; in particolare, l'utilità di tali tecniche riguarda: la riduzione del carico emotivo percepito; il miglioramento della sintomatologia ansioso-depressiva (Mittelman et al., 1995); la ristrutturazione dei pensieri disfunzionali (Losada et al., 2010) e il miglioramento della qualità di vita (Fialho et al., 2012).

Un ulteriore modello che si è rivelato molto utile nel trattamento di tali pazienti è l'*ACT*. Infatti, gran parte della sofferenza dei *caregivers* sembra essere associata ad una loro difficoltà nell'accettare la perdita ed abbandonare lo scopo compromesso. Uno studio del 2019 di Perdighe e collaboratori utilizza l'*Acceptance and Commitment Therapy*, in dodici sedute, con l'obiettivo di:

a) favorire l'accettazione, il farsi una ragione della malattia del proprio caro e dei cambiamenti negativi implicati, attraverso procedure tese ad aiutare il caregiver: - a vedere la demenza come un dato di fatto e non come un problema da risolvere; - ad accettare l'impossibilità di controllare tutte le

situazioni critiche; - a rendere il senso di impotenza più sopportabile; - a ridurre la gravità soggettiva della perdita/danno.

b) favorire il *commitment*, vale a dire migliorare la qualità della vita quotidiana, attraverso procedure tese ad aiutare il caregiver a ri-pianificare il suo quotidiano in funzione di scopi e valori personali non invalidati in modo irrimediabile dalla malattia del familiare.

I risultati della ricerca suggeriscono una buona risposta al trattamento, in particolare relativamente alla riduzione della sintomatologia depressiva e al rafforzamento dell'investimento su scopi perseguibili, confermando l'efficacia dell'*ACT* con pazienti che si confrontano con patologie organiche, come già evidenziato da studi precedenti (Marquez-Gonzalez et al., 2010; Losada e Shyu, 2012).

È interessante notare come, anche nell'attuale contesto pandemico, si possano, a volte, ritrovare entrambe le tipologie di perdita ambigua: prima la separazione fisica e improvvisa dal malato, senza poterlo più avvicinare e non sapendo se, quando e in quali condizioni farà rientro a casa; poi il coma indotto, una mente assente in un corpo vivo; infine, la morte: comunicata a distanza, non vista né esperita nella camera mortuaria o attraverso i riti funebri.

Analizzando i vari studi sulle perdite ambigue, risulta evidente l'importanza, in clinica, di trattare l'esperienza dei familiari come un vissuto di lutto vero e proprio poiché, anche in questi casi, vi è una perdita relazionale con la persona amata che comporta altre numerose e significative perdite personali. In conclusione, gli studi relativi ai vissuti luttuosi e, nello specifico, ai lutti peculiari, dovrebbero avere il duplice obiettivo di prevenire l'insorgenza di patologie psichiche rilevanti nelle persone a lutto e di sottolineare l'importanza di un'adeguata formazione da parte degli operatori clinici che si trovano a supportare tali individui.

Bibliografia

Albuquerque, S., Teixeira, A.M. & Rocha, J.C. (2021). COVID-19 and disenfranchised grief. *Frontiers in psychiatry*, 12.

Bayley, S.L. et al. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29.

Belviso, L.A. (2021). Caregiving e demenza: gli ingredienti cognitivi della perdita e il trattamento CBT/ACT del lutto ambiguo. *Psicoterapeuti in-formazione*, 27.

Blandin, K. & Pepin, R. (2017). Dementia grief: A theoretical model of a unique grief experience. *Dementia*, 16(1).

Boelen, P.A. et al. (2013). Prolonged grief disorder: cognitive behavioral theory and therapy. *Complicated grief* Routledge.

Bonanno, G.A. & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological*

Bulletin, 125 (6).

Bonanno, G.A., Wortman, C.B. & Nesse, R.M. (2004). Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood. *Psychology and Aging*.

Bonnette, S. & Broom, A. (2011). On grief, fathering and the male role in men's account's of stillbirth. *Journal of Sociology*, 48(3).

Boss, P. & Couden, B. (2002). *Ambiguous loss from chronic physical illness: clinical interventions with individuals, couples and families*. Wiley Periodicals Inc, Interscience.

Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: learning to live with unresolved grief*.

Boss, P. (2006) Introduction: Loss and ambiguity. *W.W. Loss, Trauma, and Resilience: Therapeutic Work With Ambiguous Loss*.

Boss, P. (2006). *Loss, trauma and resilience*.

Bradley, L. et al. (2021). COVID-19: counseling with bereaved parents. *The family journal*.

Bromberg, M.H. (2000). *A Psicoterapia em Situações de Perdas e Luto*.

Cain, A.C. (1972). *Survivors of suicide*.

Dempsey, M. & Baago, S. (1998). Latent grief: The unique and hidden grief of carers of loved ones with dementia. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias*.

Doka, K.J. (1989). *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*.

Doka, K.J. (2002). *Disenfranchised Grief: New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*.

Dunne, E.J., Dunne-Maxim, K. & McIntosh, J.L. (1987). *Suicide and its aftermath: understanding and counseling the survivors*.

Dupuis, S.L. (2002). Understanding ambiguous loss in the context of dementia care: adult children's perspectives. *Journal of Gerontological Social Work*, 37(2).

Durkheim, E. (1897). *Il suicidio. Uno studio di sociologia*.

Fialho, P.P.A., Koenig, A.M., Santos, M., Barbosa, M.T. & Caramelli, P. (2012). Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 70(10).

Firouzkouhi, M. et. Al. (2021). Bereaved families views on the death of loved ones due to COVID 19: an integrative review. *Omega – Journal of death and dying*.

Frank, J.B. (2008). Evidence for grief as the major barrier faced by Alzheimer caregivers: a qualitative analysis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 22(6).

Freud, S. (1917). *Lutto e melanconia*.

Fuller, J.A. et al. (2020). Mitigation policies and COVID-19- associated mortality. *Morbidity and mortality weekly report*, 70(2).

Gandino, G., Vanni, I. & Bernaudo, A. (2018). *A cerchi concentrici. La complessità della perdita perinatale e le sue perturbazioni*.

Grace, M.K. (2021). COVID-19 bereavement, depressive symptoms, and binge drinking. *Elsevier SSM-Mental health*, 1.

Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes*.

Huffman, C.S., Schwartz, T.A. & Swanson, K.M. (2015). Couples and miscarriage: the influence of gender and reproductive factors on the impact of miscarriage. *Women's Health Issues*, 25(5).

Joaquim, R.M. Pinto, A., Guatimosim, et al. (2021). Bereavement and psychological distress during COVID-19 pandemics: the impact of death experience on mental health. *Elsevier*, 2.

Jordan, J.R. & Neimeyer, R.A. (2003). Does grief counseling work? *Death studies*.

Jordan, J.R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31.

Kaltman, S. & Bonanno, G.A. (1999) *Traumatic losses: the role of forewarning and violent deaths*.

Kersting, A. & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2).

Kim, E. (2021). *Grappling With Grief: Approaching Loss During the COVID-19 Pandemic*. *The American Journal of Psychiatry*.

Kokou-Kpolou, C.K. et al. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1).

- Landau, J. & Hissett, J. (2008). Mild traumatic brain injury: impact on identity and ambiguous loss in the family. *Families, Systems, & Health*, 26(1).
- Le Roy, A.S. et al. (2020). Dying in the face of the COVID-19 pandemic: contextual considerations and clinical recommendations. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1).
- Li, J., Tendeiro, J.N. & Stroebe, M. (2019). Guilt in bereavement: its relationship with complicated grief and depression. *Journal of clinical psychology*, 54.
- Linde, K. et al. (2017). Grief interventions for people bereaved by suicide: a systematic review. *PlusOne*, 12(6).
- Lombardo, L. et al. (2014). Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 49(3).
- Losada, A. & Shyu, Y. (2012). International Perspectives on Nonpharmacological Best Practices for Dementia Family Caregivers. A Review, *Clinical Gerontologist*, 35(4).
- Losada, A. et al. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, 14(2).
- Markin, R.D. (2016). What clinicians miss about miscarriages: Clinical errors in the treatment of early term perinatal loss. *Psychotherapy*, 53(3).
- Marquez-Gonzalez, M., Romero-Moreno, R. & Losada, A. (2010). Caregiving issues in a therapeutic context: New insights from the acceptance and commitment therapy approach. *Casebook of clinical geropsychology: International perspectives on practice*.
- Mayland, C.R., Harding, A.J.E., Preston, N. & Payne, S. (2020). Supporting adults bereaved through COVID-19: a rapid review of the impact of previous pandemics on grief and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60.
- Mittelman, M.S. et al. (1995). A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *The Gerontologist*, 35(6).
- Otani, H., Yoshida, S. & Morita, T. (2017). Meaningful communication before death, but not present at the time of death itself, is associated with better outcomes on measures of depression and complicated grief among bereaved family members of cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 54.
- Pavino, V. (2014). ACT: il sostegno psicologico ai caregivers di pazienti con disturbi emotivo-comportamentali acquisiti. *Psicoterapeuti in-formazione*, 13.
- Perdighe C. & Mancini, F. (2010). Il lutto: dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione. *Psicobiiettivo*, 3.
- Perdighe, C. et al. (2019). Caregiver di pazienti con Alzheimer: un intervento basato sull'ACT a 12 sedute. *Cognitivismo Clinico*, 16(2).
- Pompili, M. (2015). Our empathic brain and suicidal individuals. *Crisis*, 36(4).
- Ravaldi, C. (2016). La morte in-attesa: assistenza e sostegno psicologico nel lutto in gravidanza e dopo il parto.
- Ravaldi, C. et al. (2008). Il lutto in gravidanza. *Toscana Medica*, 8.
- Ravaldi, C. et al. (2009). La gestione clinica del lutto perinatale: strategie di intervento e linee guida internazionali. *La care in perinatologia*, 3.
- Righetti, P.L. & Sette, L. (2000). Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità alla prenatalità.
- Romero, M.M., Ott, C.H. & Kelber, S.T. (2014). Predictors of grief in bereaved family caregivers of person's with Alzheimer's disease: a prospective study. *Death Study*, 38.
- Sands, D.C. (2009). A tripartite model of suicide grief: Meaning-making and the relationship with the deceased. *Grief Matters: The Australian Journal of Grief and Bereavement*, 12.
- Seguin, M. & Lesage, A. (1995). Parental bereavement after suicide and accident: a comparative study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25.
- Sethi, S. & Bhargava, S.C. (2003). Child and adolescent survivors of suicide. *Crisis*, 24 (1).
- Shreffler, K.M., Wonch Hill, P. & Cacciatore, J. (2012). Exploring the increased odds of divorce following miscarriage or stillbirth. *Journal of Divorce & Remarriage*, 53 (2).
- Singer, J. et al. (2020). Preloss grief in family members of COVID-19 patients: recommendations for clinicians and researchers. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1).
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: rationale and

description. *Death Studies*, 23.

Stroebe, M. & Schut, H. (2021). Bereavement in time of COVID-19: a review and theoretical framework. *Omega*, 82 (3).

Stroebe, M., Shut, H. & Stroebe, W. (1998). Trauma and grief: a comparative analysis. *Perspective on loss*.

Tizon, J.L. (2004). Perdida, pena, duelo. *Vivencias, investigacion y asistencia*.

Turton, P. et al. (2006). Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2).

Wallace, C.L., Wladkowski, S.P., Gibson, A. & White, P. (2020). Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative careproviders. *Journal of pain and symptom management*, 60(1).

Wilma, C. (1982). Perinatal grief work. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4).

Worden, J.W. (1991) *Grief counseling and grief therapy*.

Worden, J.W. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A hand-book for the mental health practitioner*.

Wortman, C.B. & Silver, R.C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of consulting and clinical psychology*.

Wright, A.A., Keating, N.L., Balboni, T.A., Matulonis, U.A., Block, S.D. & Prigerson, H.G. (2010). Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *Journal of clinical oncology*, 28.

Zisook, S. et al. (1998). PTSD: following bereavement. *Annals of clinical psychiatry*, 10.

Giulia Marella, Laurea in Psicologia presso l'Università Guglielmo Marconi

e-mail giuliamarella2@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

Disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID)

Giorgia Petrova¹

¹Psicologa- Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) Verona

Riassunto

Quando si parla dei disturbi del comportamento alimentare la maggior parte delle persone pensa all'anoressia, alla bulimia e al binge eating. Tra i disturbi alimentari però si trova anche il disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID), caratterizzato dalla resistenza dei soggetti ad assumere quantità di cibo adeguate alla loro età e fabbisogno energetico. Queste persone possono manifestare rifiuto per determinate categorie di alimenti, non per motivazioni legate all'influenza sul peso, ma piuttosto a motivazioni legate ad un'apparente mancanza d'interesse per il mangiare, un evitamento sensoriale oppure a preoccupazioni per le conseguenze avverse del mangiare (ad esempio soffocare). Questo lavoro cercherà di approfondire la definizione del disturbo, la sua manifestazione con esempi clinici pratici e infine il trattamento cognitivo comportamentale, ancora in fase di sperimentazione e validazione.

Parole Chiave: ARFID, DCA, anoressia, bulimia, binge eating, disturbi alimentari, cbt-ar.

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)

Summary

When it comes to eating disorders, most people think of anorexia, bulimia or binge eating. Among eating disorders, however, we can also find the avoidant restrictive food intake disorder (ARFID), characterized by the resistance of subjects to eat appropriately to their age and needs. This people can manifest refusal for certain types of food, not to influence their weight, but rather because of an apparent lack of interest in eating, sensory avoidance or concerns about the aversive consequences of eating (for example choking). This work will try to deepen the definition of ARFID, its manifestation with clinical examples and the cognitive behavioral treatment, still in the validation phase.

Key words: ARFID, DCA, anorexia, bulimia, binge eating, eating disorders, cbt-ar.

CRITERI DIAGNOSTICI E ASSESSMENT

Quando pensiamo al termine disturbo alimentare viene alla mente l'immagine di una giovane donna sottopeso, in lotta con l'alimentazione e con la propria immagine corporea. Questa lotta si può manifestare con abbuffate, con la limitazione dell'assunzione di cibo e con condotte di eliminazione. In termini di diagnosi, le difficoltà con il cibo sono più comunemente associate all'anoressia nervosa, alla bulimia nervosa o al disturbo da alimentazione incontrollata. Sebbene queste diagnosi siano tutte estremamente prevalenti nel mondo dei disturbi alimentari, escludono una popolazione particolarmente importante di individui, ossia quello affetto da disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo.

Il disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID) è un disturbo introdotto nel 2013 dalla quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) nella categoria dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. L'ARFID è caratterizzato da una persistente incapacità di soddisfare in modo adeguato le necessità nutrizionali e/o energetiche associata ad uno o più dei seguenti aspetti:

- Significativa perdita di peso o incapacità di raggiungere gli obiettivi ponderali previsti per l'età;
- Deficit nutrizionale significativo;
- Dipendenza dall'alimentazione enterale o supplementi nutrizionali orali;
- Marcata interferenza con il funzionamento psicosociale.

I sintomi non sono meglio spiegati dalla carenza di cibo, da una pratica culturalmente accettata o da altre condizioni mediche e/o psichiatriche concomitanti. Il disturbo inoltre non si manifesta esclusivamente durante il decorso dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa e non vi è alcuna evidenza di un disturbo nel modo in cui vengono vissuti il peso e/o la forma del corpo.

È utile iniziare la valutazione chiedendo al paziente se sente di avere un problema con il mangiare, e farsi descrivere tale difficoltà. Alcuni pazienti hanno un livello di insight elevato e riescono a rendersi conto delle loro problematiche, altri invece fanno molta fatica, per cui può essere molto utile richiedere un resoconto da parte dei familiari o degli stretti conviventi. Il terapeuta dovrebbe ascoltare attentamente entrambe le parti, tenendo presente che in alcuni casi, soprattutto con i bambini, i genitori possono essere estremamente preoccupati per il figlio, che magari in realtà presenta una semplice fase transitoria dello sviluppo in cui rifiuta certi cibi. Iniziare facendosi descrivere una tipica

giornata alimentare può rivelarsi molto utile, così come ottenere informazioni sulla frequenza dei pasti, sulle dosi e sulla varietà. È importante sottolineare che il valutatore dovrebbe informarsi su cibi che vengono consumati in modo continuativo piuttosto che raramente o in modo incostante. Inoltre il terapeuta dovrebbe informarsi riguardo al peso e scoprire se sono presenti preoccupazioni per forma e peso corporei come motivazione primaria per escludere un disturbo alimentare classico e a quel punto indagare le motivazioni alla base delle scelte alimentari restrittive ed evitanti dell'individuo, esplorando i tre possibili profili.

FORMULAZIONE DEI TRE PROFILI

Come gruppo diagnostico, l'ARFID è molto eterogeneo, può presentarsi anche sotto forme molto differenti. Può includere la ragazzina sottopeso e di bassa statura con scarso appetito la cui infanzia è stata influenzata da difficoltà di interazione con i pari, che perde l'appetito e si scorda di mangiare ogni volta che a scuola vive un episodio di esclusione; può anche includere la giovane universitaria che teme di vomitare prima di un esame e che per questa ragione evita di mangiare nelle ore antecedenti le sue uscite; può anche includere il ragazzo alto e slanciato che evita cibi crudi o di incerta provenienza per paura di poter avere reazioni intestinali incontrollabili. Mentre questi casi sono unificati dal loro comportamento evitante/restrittivo, le motivazioni per la restrizione e le sequele mediche e psicosociali differiscono. I clinici hanno discusso molto sulla possibilità che esistano suddivisioni nette tra sottotipi di ARFID, individuando tre profili diversi, che possono comparire singolarmente o coesistere anche in modo combinato nello stesso individuo.

L'ARFID si può manifestare sotto forma di apparente disinteresse per il mangiare o verso il cibo in generale: la persona mostra difficoltà emotive come tristezza o ansia che interferiscono con l'appetito e l'alimentazione e producono un apparente disinteresse per il mangiare oppure può manifestare una marcata difficoltà nel sentire quando ha fame, spesso si dimentica di mangiare o si sente sazia precocemente. Si ipotizza che questi pazienti nascano con una predisposizione biologica verso un basso appetito omeostatico e/o non traggano gratificazione dal cibo come gli altri. Per queste persone mangiare è visto più come un dovere più che come un piacere e poiché non sentono la fame, possono prevedere che mangiare li farà sentire pieni, gonfi o nauseati, per tale ragione potrebbero saltare pasti, mangiare a orari irregolari e/o mangiare in modo limitato.

Una seconda manifestazione tipica riguarda l'evitamento del cibo basato su alcune sue caratteristiche sensoriali (come aspetto, odore, gusto, consistenza, temperatura, suono). Ad esempio le persone con ARFID possono mangiare solo cibi di una particolare consistenza, come solo cibi molli o solo cibi friabili; potrebbero trovare alcune consistenze talmente sgradevoli al punto di provarne disgusto e quindi evitarle. Possiamo immaginare alcuni individui con ARFID come dei "super-gustatori", capaci di rilevare anche piccolissime variazioni di gusto all'interno di un cibo, il che rende quasi impossibile inserire un altro alimento "nascosto" all'interno dei loro pasti preferiti. Si ipotizza dunque che questi individui nascano con una predisposizione innata nel percepire in modo più intenso le caratteristiche sensoriali del cibo. A causa di ciò aumenterebbe la loro avversione verso certi cibi e potrebbero diventare titubanti nell'assaggiare cibi differenti dai quei pochi che trovano accettabili. Ad esempio, le persone potrebbero rifiutare di assaggiare un cibo perché ipotizzano che non sarà di loro gradimento oppure perché collegano quel cibo ad uno simile già sperimentato per cui provano disgusto. Predicono dunque in continuazione che sarà assai improbabile provare apprezzamento per un certo cibo, il che li porta a consumare una varietà molto limitata di alimenti composta da quelli considerati sicuri e familiari.

Il terzo profilo infine riporta preoccupazione molto intensa relativa alle conseguenze negative del mangiare. Le persone con ARFID riportano spesso questo pensiero: "se mangio potrebbe succedere qualcosa di brutto" come soffocare, vomitare, non riuscire a deglutire, causare reazioni allergiche, diarrea, dolori addominali o a petto. Alcuni esempi di evitamento sono insorti in seguito ad esperienze negative vissute, come ad esempio un rischio di soffocamento durante un pasto o una condizione medica associata ad un forte malessere durante il quale il fatto di mangiare provocava una sensazione molto sgradevole o dolorosa. Poiché non tutte le persone che hanno vissuto questo tipo di esperienze sviluppano un ARFID, è stato ipotizzato che gli individui con la paura di conseguenze avverse abbiano una predisposizione temperamentale di tipo ansioso e una maggiore sensibilità alle proprie sensazioni corporee.

E' evidente come molti di questi aspetti del comportamento alimentare e i fattori che guidano le scelte dei cibi nei diversi profili discussi sopra esistono lungo un continuum: non è raro che le nostre scelte alimentari varino a seconda del nostro umore o dei nostri livelli di preoccupazione. Alcune persone quando sono molto occupate o emozionare si dimenticano di mangiare, come quando qualcuno è immerso nella visione di una serie tv o nella lettura di un libro. Tali fluttuazioni sono normali, quando però tali comportamenti si estremizzano e diventano pervasivi, creano difficoltà sia dal punto di vista

psicologico che fisico, allora c'è da prendere in considerazione il fatto che possiamo essere davanti ad un disturbo vero e proprio (Bryant-Waugh, 2021).

ESEMPIO DI CASO CLINICO: TIMORE DELLE CONSEGUENZE AVVERSE

Alessandro ha 27 anni, fotografo, vive con i genitori e la sorella minore e arriva in terapia in seguito alla rottura di una relazione sentimentale. L'umore del ragazzo è francamente deflesso e riporta che le ragioni della rottura sono dovute al fatto che la ragazza non sopportava più la sua costante "fobia del cibo". Alessandro infatti ha una alimentazione molto ristretta: pasta e riso in bianco, carne ai ferri, verdure cotte. La ragazza inizialmente non si era accorta delle difficoltà di Alessandro, visto che nella prima fase della loro relazione (si sono conosciuti poco prima del lockdown) non avevano avuto troppe occasioni di stare assieme durante uscite al ristorante o feste in compagnia di altre persone.

Alessandro riporta che questa modalità alimentare è presente in lui sin dalla giovane età: la sorella minore infatti stava spesso male e le capitava di vomitare durante la notte, mettendo in allerta l'intera famiglia. Il vissuto di Alessandro è stato di imprevedibilità, mancanza di comprensione (non veniva dato mai un motivo al malessere della sorella, se non qualche volta una frase del tipo "avrà mangiato qualcosa di avariato") e di gravità dell'evento, percepito come potenzialmente fatale e soprattutto privo di termine ("stava sempre male"). Da allora il paziente mangia cibi non troppo elaborati in luoghi che lui reputa "sicuri" come ad esempio ristoranti dove conosce i proprietari e di cui conosce la provenienza del cibo.

La restrizione alimentare di Alessandro non ha mai avuto troppe sequele dal punto di vista della salute psicofisica, aveva infatti il suo "equilibrio", riuscendo a selezionare sempre qualche cibo "sicuro" nei posti in cui andava, non limitando troppo la sua socialità e mantenendo un peso basso, ma non gravemente sottopeso. Per Alessandro la sua modalità alimentare non era, fino al momento in cui la ragazza glielo ha fatto notare, particolarmente problematica, di conseguenza non aveva mai cercato di cambiarla. L'insight rispetto alle sue restrizioni e ai suoi evitamenti era scarso, riportava infatti che semplicemente certi cibi non li mangiava perché non gli piacevano. Questo fatto però è stato smentito successivamente, nel momento in cui tentando di sperimentare un allargamento delle scelte alimentari, Alessandro ha riportato che era il timore di stare male dopo aver mangiato che lo limitava nell'alimentazione, non il sapore che anzi gli piaceva.

IL MODELLO TRIDIMENSIONALE DELLA NEUROBIOLOGIA DELL'ARFID

Contrariamente alla suddivisione nei tre sottotipi individuati nel DSM-5, Thomas e colleghi (2017) hanno ipotizzato che, il modo in cui l'ARFID si manifesta nella persona, possa essere visto come un singolo punto lungo uno spazio tridimensionale. Questo significa che le tre presentazioni prototipiche variano in gravità e non si escludono a vicenda.

Pulumo e colleghi (2016) evidenziano infatti che spesso l'ARFID varia nel livello di gravità, e che quasi la metà degli individui con ARFID che si presenta per un trattamento psicologico, mostra difficoltà alimentari in più domini. Gli individui con ARFID che presentano sensibilità sensoriale, spesso infatti riportano che i cibi evitati hanno un sapore distintamente negativo. La spiegazione clinica che è stata tradizionalmente adottata è che gli individui con sensibilità sensoriale non hanno mai fatto sufficiente esperienza con gli alimenti evitati e che, dopo esposizioni ripetute, riuscirebbero ad assumerli. Thomas e collaboratori ipotizzano invece che sia l'ipersensibilità nella percezione del gusto, piuttosto che semplici reazioni cognitive o affettive estreme a determinati sapori, a contribuire all'elevata sensibilità sensoriale di questi soggetti. In effetti, ci sono prove che gli adulti che si autodefiniscono come "mangiatori schizzinosi" valutano sia le soluzioni amare che quelle dolci come significativamente più intense rispetto a quelli che non si identificano come tali (Kauer et al., 2015). Allo stesso modo, i bambini descritti dai genitori come "schizzinosi" è probabile che vengano classificati come supergustatori, poiché percepiscono il 6-N-propiltiouracile (PROP) come estremamente amaro, rispetto ai bambini meno esigenti (Golding et al., 2009).

In secondo luogo, gli individui con disturbo selettivo e restrittivo dell'alimentazione che presentano mancanza di interesse per il cibo, spesso descrivono che non hanno fame durante i pasti, dimenticano di mangiare o si sentono sazi più rapidamente degli altri. Ricerche precedenti (Holsen et al., 2012) hanno ipotizzato che le donne con disturbi alimentari che impiegano condotte restrittive, a digiuno, hanno una ridotta attivazione dell'ipotalamo (centro di controllo per l'integrazione dei segnali dell'appetito) e dell'insula anteriore (dove risiede la corteccia gustativa primaria, la quale integra segnali viscerali ed esperienze enterocettive) rispetto ai soggetti di controllo. La mancanza di interesse per il cibo quindi, potrebbe essere associata a differenze nell'attivazione dei centri di regolazione dell'appetito del cervello.

Infine, si è ipotizzato che gli individui con l'ARFID che temono le potenziali conseguenze negative del mangiare, reagiscono con paura ed evitamento a causa di un'esperienza traumatica con il cibo: a

molte persone capita, durante la vita, di sperimentare sensazione di soffocamento, vomito o dolore addominale dopo aver mangiato, solamente una piccola parte però sviluppa l'ARFID. Questo dato suggerirebbe che, questo sottogruppo, potrebbe aver sperimentato l'episodio alimentare traumatico in presenza di una vulnerabilità preesistente, in grado di dar luogo ad una risposta fobica. In linea con le prove che suggeriscono che la reattività psicofisiologica agli stimoli di paura distingue i disturbi d'ansia di tipo fobico (cioè fobie sociali e specifiche) da altri disturbi d'ansia (Lang e McTeague, 2009), Thomas e colleghi ritengono che l'iperattivazione di questo sistema di difesa (cioè, amigdala, cingolato anteriore e corteccia prefrontale ventromediale) potrebbe presentarsi proprio negli individui con l'ARFID (Thomas et al., 2019).

ESEMPIO DI CASO CLINICO: QUANDO LA LINEA È SOTTILE

Sara è una giovane donna di 23 anni, laureata in scienze dell'educazione, vive con i genitori e il fratello maggiore ed è, al momento dell'inizio della terapia, disoccupata. In prima visita riporta che negli ultimi sei mesi, con la ripresa di una relazione sentimentale particolarmente complicata, fatica moltissimo a mangiare ed è arrivata ad un BMI di 15. Indagando si nota immediatamente che mancano totalmente la preoccupazione per l'immagine del corpo, la paura dell'aumento di peso o la spinta alla magrezza, al contrario la ragazza è preoccupata per la sua condizione di sottopeso e desidera recuperare al più presto i chili persi. La madre che l'accompagna ricorda che Sara non ha mai manifestato particolare interesse verso cibo e sin dalla tenera età è sempre stata leggermente al di sotto della curva di crescita normale (fatto che fa supporre un sottotipo: mancanza di interesse verso il cibo/il mangiare). Non vengono riportati episodi "traumatici" legati all'assunzione di cibo da bambina o problemi particolari nell'ambito gastrointestinale. La madre però riporta che la figlia al momento del passaggio da biberon al bicchiere per bere il latte non collaborava, rifiutandosi sommessamente di assumerlo. Per risolvere il problema, la pediatra suggerì l'introduzione dell'ausilio della cannuccia, stratagemma accettato senza opposizione da parte della bambina. Tale abitudine non è mai stata eliminata e ancora oggi la ragazza beve il latte con l'aiuto di questo presidio. Riferisce che all'idea di berlo senza prova un elevato grado di ansia: senza cannuccia secondo lei aumenterebbe la probabilità di soffocamento (fatto che fa supporre il sottotipo: timore delle conseguenze avverse). Ritenendo che tale spiegazione sia però ricostruita a posteriori sulla base di una credenza insinuata dalla suocera rispetto al fatto che prolungati periodi senza mangiare portino al restringimento dell'esofago, si procede ad indagare su quali potessero essere le reali basi che avevano spinto la

piccola Sara a rifiutare il latte dal bicchiere. Dopo alcune esposizioni senza l'ausilio della cannuccia, la paziente riporta che la sensazione in bocca rispetto al latte è molto differente nelle due condizioni: con la cannuccia le sembra quasi di non sentire il sapore e quindi manda giù più "volentieri" il liquido, nella condizione senza cannuccia il sapore le provoca una spiacevole sensazione, con una espressione facciale tipica del disgusto (sottotipo: evitamento del cibo basato sulle caratteristiche sensoriali).

Il disturbo alimentare è sicuramente presente sin dall'infanzia e una elevata sensibilità ai sapori di certi alimenti sembra aver accompagnato Sara senza eccessive sequele problematiche fino al momento in cui dopo la prima cena a casa del ragazzo, probabilmente a causa di un cibo particolarmente speziato a cui non era abituata, è stata molto male e ha vomitato. In questa occasione non è stata aiutata dal ragazzo o dalla famiglia, anzi è stata ripresa per il fatto di non essersi riuscita a controllare. Da questo momento ogni volta che usciva per andare a casa loro, Sara era inondata da una forte ansia e iniziava a pensare che avrebbe potuto vomitare e che non poteva permetterselo, in quanto questo avrebbe accentuato ancora di più la loro avversione nei suoi confronti. Sara infatti è sempre stata ripresa per la sua inadeguatezza ("non sei all'altezza di mio figlio"), in particolare dalla madre del ragazzo. L'emetofobia ha accentuato le problematiche con il cibo già presenti nel funzionamento preesistente di Sara, che ha generalizzato ad ogni luogo che non fosse casa sua la possibilità catastrofica di poter vomitare davanti ad altre persone e di non venire aiutata in quanto considerata "disgustosa".

Questo caso sembrerebbe quindi compatibile con il modello tridimensionale di Thomas. Possiamo vedere infatti come sia stato complicato individuare il sottotipo specifico di ARFID: sembrano infatti sovrapporsi le ragioni delle difficoltà di Sara nei confronti del cibo. Al momento della richiesta di aiuto la paziente riferisce con chiarezza il timore di conseguenze avverse nel caso mangiasse (vomito) e per tali ragioni mette in atto diversi comportamenti protettivi e di evitamento. Ricostruendo il suo assetto precedente è però evidente che l'ARFID fosse presente anche in precedenza, sotto forma più controllata e con minori impairment, probabilmente per via di una forma legata più che altro alla sensibilità sensoriale elevata, presente sin dall'infanzia.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Se esiste una spiegazione migliore per l'evitamento o la restrizione dell'assunzione di cibo, la diagnosi di ARFID potrebbe non essere adeguata. La diagnosi differenziale da considerare in prima

battuta è sicuramente l'anoressia nervosa. Le due diagnosi infatti condividono indubbiamente alcune caratteristiche: la restrizione alimentare, il basso peso (sono in un sottogruppo di ARIFD), l'impatto sulla vita familiare (organizzazione dei pasti, stress e discussioni rispetto al cibo e alla gestione dell'alimentazione), l'isolamento sociale (difficoltà a mangiare insieme ad altre persone o a mangiare fuori). Ciascuna di queste somiglianze apparenti però è sottesa da motivazioni diverse. In primo luogo, l'ARFID si differenzia dai classici disturbi dell'alimentazione in quanto i comportamenti alimentari non sono motivati da problemi con la propria forma o peso corporei. Considerando che il desiderio di magrezza e controllo sulla forma/peso e sull'alimentazione guidano le scelte dietetiche nei disturbi alimentari classici, in ARFID, forma e problemi di peso sono in genere assenti o all'interno dell'intervallo normale. Il prototipo del paziente di basso peso con ARFID, caratterizzata da disinteresse verso il cibo, solitamente riferisce insoddisfazione per il fatto di essere così magro e si mostra orgoglioso nel momento in cui il peso aumenta nel corso del trattamento. Al contrario, il paziente di basso peso con un classico disturbo alimentare manifesterà forte timore di intraprendere comportamenti che lo portino a ripristinare un peso salutare. Inoltre, i cibi preferiti per le persone con ARFID, che sono spesso ad alta densità energetica, ad alto contenuto di grassi e carboidrati, differiscono notevolmente da quelli prescelti da individui con anoressia o bulimia, che sono spesso ipocalorici e includono alimenti che gli individui con ARFID evitano (ad es. frutta e verdura). Uno studio ha esaminato le registrazioni degli alimenti ingeriti per un periodo di quattro giorni da pazienti con disturbo alimentare e ha scoperto che gli individui con ARFID consumavano una percentuale significativamente inferiore delle loro calorie da proteine rispetto a chi soffre di anoressia nervosa (Harshman et al., 2019). Una grossa difficoltà diagnostica si può riscontrare nei casi in cui ad esempio la presunta anoressia nervosa non sia connotata o non emerga in modo manifesto l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo o del controllo sull'alimentazione: entrambi i disturbi si presentano con un peso ridotto e in assenza di disturbo dell'immagine corporea franca, la diagnosi differenziale può risultare difficile (Thomas, et al., 2013). Riconoscendo che il fatto che le affermazioni esplicitamente manifestate non sempre corrispondono alle convinzioni interne, Izquierdo e collaboratori (2017) hanno utilizzato misure di associazioni implicite con la dieta per esplorare le differenze tra i due gruppi. In un campione di adolescenti femmine di basso peso, hanno testato l'ipotesi che gli individui con anoressia nervosa, che siano o meno capaci di esprimere esplicitamente il loro timore rispetto all'aumento di peso, avrebbero manifestato convinzioni implicite distorte a favore della magrezza, mentre non sarebbe stato vero per i pazienti con ARFID. I risultati hanno mostrato come il pregiudizio implicito verso la dieta era alto tra le pazienti con anoressia

nervosa e non differiva tra coloro che avevano manifestato esplicitamente il loro timore verso il grasso rispetto a quelle che non lo avevano esplicitamente espresso. Al contrario, nelle persone con ARFID, il pregiudizio verso la dieta era inferiore rispetto a quelle con anoressia nervosa e non differiva dal gruppo di controllo sano. È interessante notare, inoltre, che i dati disponibili suggeriscono che gli individui con ARFID hanno in genere perso peso immediatamente prima della richiesta di aiuto rispetto ai soggetti con anoressia nervosa (Pinhas et al., 2017; Strandjord et al., 2015). Inoltre un'altra rilevante differenza tra classici disturbi del comportamento alimentare (DCA) e ARFID riguarda l'età di insorgenza del disturbo e il genere: l'ARFID insorge solitamente in soggetti più giovani ed è più frequente dei maschi (Forman et al., 2014; Norris et al., 2014) rispetto ad anoressia e bulimia nervose.

CASO CLINICO: ANORESSIA NERVOSA O ARFID?

Alice ha 15 anni, frequenta il liceo psico-socio-pedagogico, vive con i genitori e il fratello minore. Alice arriva inviata dalla nutrizionista che la segue da un anno per l'aumento di peso in quanto la ragazza non sembra crescere in modo adeguato rispetto all'età. Dopo 1 anno di regime alimentare leggermente ipercalorico, però, la giovane non sembra rispondere nel modo previsto, viene per questo motivo richiesta una consulenza psicologica, sospettando infatti che la ragazza all'insaputa dei genitori modifichi la dieta restringendola o che addirittura utilizzi mezzi di compensazione per bilanciare il surplus calorico previsto dalla dieta.

Alice si mostra sin da subito timida e chiusa, non parla molto e risponde solo alle domande senza dare informazioni ulteriori. È preoccupata per il fatto di essere un peso per i genitori e teme di non stare facendo abbastanza per risolvere le sue difficoltà di peso. Alice, come il padre, è molto focalizzata sul fare bene e sull'impegnarsi in ogni cosa che fa ("se una persona si impegna ottiene sempre ottimi risultati"), solo che a differenza del padre, altamente performante, Alice fatica molto e il suo impegno non sembra dare i risultati sperati, sia nell'ambito scolastico (voti abbastanza alti ma non i migliori) che nell'ambito familiare ("non sono capace di fare nulla in casa") sia in quello sociale (non ha amici), fatto che la abbatte moltissimo.

Alice afferma di non piacersi così magra, anzi che vorrebbe aumentare di peso in quanto pensa che i compagni la marginalizzino per il suo aspetto emaciato. Nonostante questo però la madre riporta che Alice più di una volta ha calato le dosi della pasta di qualche grammo oppure ha saltato le merende facendole mangiare al fratello per non essere scoperta. Alice inizialmente, in evidente imbarazzo,

nega tali comportamenti davanti alla madre, dopo qualche seduta però ammette di aver mentito per non essere sgridata dai genitori. Stimolata nello spiegare le ragioni che la portano a non mangiare secondo il piano concordato con la dietologa, Alice afferma che fatica a finire tutto ciò che è previsto, in quanto la maggior parte delle volte non ha fame. La paziente riporta che saltare gli spuntini è l'unico modo in cui riesce ad avere un minimo di appetito ai pasti principali, il che le permette di finire ciò che le mettono nel piatto, evitando così di essere ripresa dal padre per il fatto di non essere riuscita a mangiare tutto e di essere incoraggiata in modo insistente dalla madre a mangiare di più.

E' evidente che dopo un iniziale dubbio diagnostico con l'anoressia nervosa, si iniziò a propendere più per la diagnosi di ARFID. Benché sia presente il perfezionismo clinico e alcuni comportamenti messi in atto da Alice possano far pensare che voglia modificare la sua dieta ai fini di non prendere peso, approfondendo e cercando le ragioni reali dei comportamenti di restrizione, si comprende come non sia guidata dalle ragioni tipiche che motivano le persone affette da anoressia nervosa. Alice infatti non ha mai mostrato grande interesse per il cibo, e in corrispondenza di eventi emotivamente attivanti in senso negativo, perde ancora di più l'appetito. Nelle giornate in cui vive delle condivisioni piacevoli con il gruppo dei pari o quando fa qualcosa di divertente con il fratello o la madre, ad esempio, Alice riporta maggiore appetito e mangia con meno senso di costrizione e fatica, rispetto ai giorni in cui vive momenti di esclusione da parte del gruppo dei pari che le creano un profondo stato di tristezza, il quale influenza il suo appetito in senso negativo. Nel caso di Alice si può quindi ipotizzare una tipologia di ARFID maggiormente legata a disinteresse nei confronti del cibo e sotto particolare influsso dell'umore.

IL TRATTAMENTO CBT-AR

Thomas e collaboratori basandosi sul modello cognitivo comportamentale dell'ARFID hanno formalizzato un trattamento che si suddivide in quattro fasi e che si focalizza proprio su restrizione ed evitamento del cibo, ovvero le caratteristiche condivise da tutti i sottotipi:

- Psicoeducazione e alimentazione regolare: dopo avere spiegato in cosa consiste il disturbo e cosa prevede il trattamento, si inizia un automonitoraggio rispetto all'alimentazione attuale del paziente e viene instaurata un'alimentazione regolare se questa non è presente al fine di normalizzare i segnali di fame e sazietà che in caso di sottopeso spesso sono alterati. Mano a mano vengono aumentati i volumi di cibo preferito e in generale degli altri cibi in un secondo

momento. È importante in questa fase anche condividere la formulazione personalizzata del disturbo e dei suoi meccanismi di mantenimento.

- Rialimentazione e pianificazione del trattamento;
- Lavoro sui meccanismi di mantenimento rilevanti: per quanto riguarda la sensibilità sensoriale è prevista la desensibilizzazione sistematica ai nuovi alimenti usando l'esplorazione ripetuta durante la seduta sui diversi sensi (vista, tatto, olfatto, gusto e consistenza) e la pianificazione di piani specifici e dettagliati per la pratica fuori sessione; per quanto riguarda la paura delle conseguenze avverse è prevista la psicoeducazione su come l'evitamento mantiene l'ansia, lo sviluppo della gerarchia paura/evitamento, l'esposizione graduale a cibi temuti e situazioni in cui soffocamento, vomito o altre conseguenze temute possono verificarsi; per quanto riguarda l'apparente mancanza di interesse per il cibo è prevista l'esposizione enterocettiva alle sensazioni di gonfiore, pienezza e/o nausea e l'esposizione in sessione ai cibi preferiti.
- Prevenzione delle ricadute: in questa fase si valuta se gli obiettivi del trattamento sono stati raggiunti, si identificano le strategie di trattamento da continuare a casa, sviluppando un piano per mantenere l'aumento di peso (se necessario) e continuare a conoscere nuovi cibi.

Riprendendo il caso clinico di cui sopra, con Alessandro, sono state seguite, seppure in modo flessibile, le quattro fasi del trattamento CBT-AR. Una volta che il paziente ha preso piena consapevolezza che la sua alimentazione era molto restrittiva per il timore connesso al vomito e che ha iniziato a manifestare l'interesse di volersi liberare di questa limitazione, soprattutto spinto da una motivazione sociale e relazionale, è stato possibile iniziare a lavorare sull'instaurare una alimentazione regolare, per quanto difficile, visti gli orari non proprio regolari dovuti al suo lavoro di fotografo. In ogni caso è stata possibile una certa organizzazione dei pasti e un graduale aumento delle dosi dei cibi accettati al fine di intraprendere un percorso di aumento di peso, dato che il paziente aveva un BMI di 16,5. Con l'aumento delle dosi è stato possibile affrontare uno dei primi ostacoli ossia la sensazione di gonfiore che dava al paziente l'idea che nausea e vomito avrebbero seguito inevitabilmente da lì a breve, cosa che ovviamente faceva sentire al paziente una forte ansia. Cercando di esporre Alessandro a sensazioni di gonfiore gradualmente sempre maggiori è stato possibile da un lato affrontare l'ansia al fine di tollerarla e allo stesso tempo smentire la connessione per lui certa tra gonfiore-nausea-vomito. Dopo essere stati per alcune settimane su questo, è stato possibile passare alla sperimentazione degli altri cibi che non facevano parte di quelli considerati sicuri. Creata una lista degli alimenti, è stato possibile iniziare a sperimentarli in piccole dosi a casa, per poi estendere

questa ritrovata sicurezza anche ai luoghi fuori casa (bar-ristoranti-fast-food). Una volta iniziato a sperimentare i vari cibi Alessandro ha anche potuto scoprire gusti e sapori nuovi, alcuni dei quali ha anche particolarmente gradito.

I tipi di cambiamento che è possibile ottenere con il trattamento di questo disturbo sono tendenzialmente limitati. Nel caso di Alessandro c'è stato un cambiamento che ha permesso l'introduzione di molti nuovi cibi e la scoperta di sapori piacevoli, che hanno reso il momento del pasto tutto sommato gradevole. E' importante però essere realistici sui tipi di cambiamenti che sono realizzabili data l'ipotesi sulla biologia sottostante al disturbo. L'obiettivo principale è quello di evitare le sequele fisiche e migliorare o ripristinare il benessere della persona, non trasformarla in un grande amante del cibo.

Il trattamento può considerarsi di successo quando:

- Il paziente è in grado di mangiare diversi alimenti in ciascuno dei principali gruppi alimentari, e li assume regolarmente;
- La crescita del paziente (altezza e peso) arriva al livello previsto per l'età o non è più sottopeso;
- Non ci sono più carenze nutrizionali;
- Il paziente non sperimenta più problemi clinici, conseguenze psicosociali dell'evitamento del cibo o restrizione e ha un piano per la gestione situazioni sociali legate al cibo.

La CBT-AR aiuta dunque i pazienti a consumare abbastanza cibo per soddisfare le loro esigenze, anche se mangiare spesso resta una sorta di lavoro di routine da cui non traggono grossa soddisfazione (Thomas et al., 2019).

Proprio a questo riguardo nel caso di Sara ad esempio è stato possibile lavorare sul timore delle conseguenze negative del cibo, pressoché assente dopo qualche mese di terapia, ma è rimasto il suo “disinteresse” nei confronti dell'alimentazione: se infatti dovesse mangiare per piacere, Sara non mangerebbe affatto. Ci sono pochissimi cibi che le piacciono e gli altri che sono stati introdotti li tollera in quanto sa che è necessario assumerli.

EFFICACIA DEL TRATTAMENTO CBT-AR

Recentemente gli autori (Thomas, et al., 2020) hanno condotto uno studio con lo scopo di valutare l'efficacia della CBT-AR nei bambini e negli adolescenti. Alla fine del trattamento i medici hanno valutato 17 pazienti (85%) come “molto migliorati”. I punteggi di gravità dell'ARFID misurati

attraverso l'intervista strutturata "Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview" (PARDI, Bryant-Waugh et al., 2019) sono significativamente diminuiti, sia per i pazienti, sia per quanto osservato dai genitori dei soggetti dello studio. Al post-trattamento, il 70% dei pazienti non soddisfaceva più i criteri per porre diagnosi di ARFID. Nel loro insieme, i risultati suggeriscono che la CBT-AR può essere un nuovo trattamento promettente per bambini e adolescenti con ARFID. È da notare che, sia dal rapporto del paziente che da quello dei genitori, la gravità dell'ARFID e la sensibilità sensoriale hanno mostrato riduzioni significative, mentre i pazienti (ma non i genitori) hanno riportato riduzioni significative nella mancanza di interesse per il cibo o il cibo. È possibile che mentre la CBT-AR aiuti i pazienti ad apportare i cambiamenti comportamentali necessari per aumentare l'assunzione di cibo, i genitori debbano continuare a sostenere i propri figli nel mangiare quantità sufficienti anche al termine del trattamento. In effetti, i dati disponibili suggeriscono che il basso appetito riportato da coloro che presentano mancanza di interesse può essere mediato neurobiologicamente.

In un secondo studio sempre di Thomas e collaboratori invece è stata valutata l'efficacia della CBT-AR negli adulti. La maggior parte dei partecipanti a cui è stata offerta la possibilità di sottoporsi a questo trattamento ha accettato volentieri, pochissimi hanno abbandonato dopo l'inizio del trattamento e il 93% dei partecipanti ha riportato alti livelli di soddisfazione del trattamento. I 15 pazienti hanno mostrato riduzioni ampie e significative dei sintomi, hanno aggiunto una media di 18 nuovi alimenti alla loro dieta e il sottogruppo sottopeso ($n = 4$) ha mostrato un aumento significativo dell'indice di massa corporea. Al post-trattamento, il 47% non soddisfaceva più i criteri per ARFID. Questo primo risultato suggerisce che la CBT-AR potrebbe essere un trattamento efficace per gli adulti affetti da ARFID, benché la remissione dei sintomi nel gruppo qui valutato sia significativamente inferiore rispetto allo studio precedente dove i partecipanti erano bambini e adolescenti. I risultati mostrerebbero dunque che i bambini e gli adolescenti rispondono di più al trattamento, cosa che rispecchia la letteratura sull'anoressia nervosa (Jagielska e Kacperska, 2017). Le potenziali ragioni per esiti superiori nei bambini e negli adolescenti con ARFID possono includere una durata più breve della malattia, una storia più breve di adattamenti correlati alla malattia e un livello inferiore di comorbilità psichiatrica. Inoltre la partecipazione attiva della famiglia nel trattamento potrebbe avere un effetto nell'aumento dell'efficacia. In ogni caso il campione aveva una durata media di malattia di circa 17 anni, di conseguenza questo rende la remissione della sintomatologia in così poche sessioni effettivamente molto difficoltoso e già un 47% sembra essere un buonissimo risultato.

Entrambi questi studi hanno due limiti importanti non trascurabili: non era presente un gruppo di controllo con il quale poter fare un confronto e i gruppi sperimentali erano tutto sommato molto piccoli. Sono necessarie più ricerche e studi randomizzati per poter concludere che questo tipo di trattamento sia efficace e prima che possa diventare di prima scelta per il disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo.

CONCLUSIONI

L'ARFID viene spesso confusa con l'anoressia nervosa perché la perdita di peso e la carenza nutrizionale sono sintomi comuni condivisi tra i due disturbi. Tuttavia, la differenza principale tra ARFID e anoressia, come abbiamo visto, è che nell'ARFID non è presente il *core* tipico dell'anoressia.

Il trattamento per il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo inizia con una valutazione completa per determinare il tipo di disturbo alimentare e altri problemi co-occorrenti. È importante subito assicurarsi di stabilizzare il paziente se il peso è molto basso e seguirlo in modo coordinato con medico di base, psichiatra e altri specialisti se necessario per i vari deficit nutrizionali potenzialmente presenti. L'ARFID non è riscontrabile solo nei bambini, ma capita che, per assenza di diagnosi in giovane età, il paziente si trascini tale disturbo anche nel corso dell'adolescenza e dell'età adulta. Essere limitati in termini di ciò che possono mangiare spesso fa sì che le persone incontrino difficoltà significative a casa, a scuola o all'università, al lavoro e con gli amici. Il loro umore e il loro funzionamento quotidiano possono essere influenzati negativamente. Molte persone con ARFID trovano difficile uscire o andare in vacanza e le loro difficoltà alimentari possono rendere spiacevoli le occasioni sociali. Potrebbero avere difficoltà a fare nuove amicizie o stabilire relazioni strette poiché le occasioni di socializzazione con l'alimentazione sono tra le più diffuse.

Attualmente, il trattamento per l'ARFID non è incluso nelle linee guida NICE per i disturbi alimentari; tuttavia, questo non significa certamente che non debba essere preso seriamente. Ancora molto deve essere fatto a livello di studi per poter validare un programma di terapia per questo tipo di disturbo, ma appare evidente che i ricercatori si stanno dando da fare per dare delle risposte riguardo a questo tema. Le ricerche di Thomas e collaboratori si dimostrano promettenti e si spera possano confermare l'efficacia del loro approccio CBT-AR per il trattamento di questo disturbo.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Bryant-Waugh, R. (2021). ARFID Disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo: Una guida per genitori e famigliari. Positive Press.
- Bryant-Waugh, R., Micali, N., Cooke, L., Lawson, E. A., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2019). The Pica, ARFID, and Rumination Disorder Interview: Development of a multi-informant, semi-structured interview of feeding disorders across the lifespan: A pilot study for ages 10–22. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 378–387.
- Forman, S. F., McKenzie, N., Hehn, R., Monge, M. C., Kapphahn, C. J., Mammel, K. A., ... & Woods, E. R. (2014). Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: report of the national eating disorders quality improvement collaborative. *Journal of Adolescent Health*, 55(6), 750-756.
- Golding, J., Steer, C., Emmett, P., Bartoshuk, L. M., Horwood, J., & Smith, G. D. (2009). Associations between the ability to detect a bitter taste, dietary behavior, and growth. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1170(1), 553–7.
- Holsen, L.M. , Lawson, E.A, Blum, J., Ko, E., Makris, N., Fazeli, P.K., Klibanski, A., & Goldstein, J.M. (2012). Food motivation circuitry hypoactivation related to hedonic and nonhedonic aspects of hunger and satiety in women with active anorexia nervosa and weight-restored women with anorexia nervosa. *Journal of psychiatry & neuroscience*, 37(5), 322.
- Jagielska, G., & Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. *Psychiatria Polska*, 51(2), 205–218.
- Kauer, J., Pelcha, M.L., Rozin, P., & Zickgraf, H.F. (2015). Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates. *Appetite*, 90, 219–28.
- Izquierdo, A., Plessow, F., Becker, K. R., Mancuso, C. J., Slattery, M., Murray, H. B., ... & Thomas, J. J. (2019). Implicit attitudes toward dieting and thinness distinguish fat-phobic and non-fat-phobic anorexia nervosa from avoidant/restrictive food intake disorder in adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 419-427.
- Harshman, S. G., Wons, O., Rogers, M. S., Izquierdo, A. M., Holmes, T. M., Pulumo, R. L., ... & Thomas, J. J. (2019). A diet high in processed foods, total carbohydrates and added sugars, and low in vegetables and protein is characteristic of youth with avoidant/restrictive food intake disorder. *Nutrients*, 11(9), 2013.
- Lang, P.J., & McTeague, L.M. (2009). The anxiety disorder spectrum: Fear imagery, physiological reactivity, and differential diagnosis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 22(1), 5–25.
- Norris, M. L., Robinson, A., Obeid, N., Harrison, M., Spettigue, W., & Henderson, K. (2014). Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 495-499.
- Pinhas, L., Nicholls, D., Crosby, R. D., Morris, A., Lynn, R. M., & Madden, S. (2017). Classification of childhood onset eating disorders: a latent class analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(6), 657-664.
- Pulumo, R., Coniglio, K., Lawson, E.A., Micali, N., Asanza, E., Eddy, K. T, & Thomas JJ. (2016). DSM-5 Presentations of avoidant/restrictive food intake disorder: Are categories mutually exclusive or overlapping? Poster presentation at the Eating Disorders Research Society meeting, New York, NY.
- Strandjord, S. E., Sieke, E. H., Richmond, M., & Rome, E. S. (2015). Avoidant/restrictive food intake disorder: illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *Journal of Adolescent Health*, 57(6), 673-678.
- Thomas, J.J., Becker, K.R, Kuhnle, M.C, et al. (2020). Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. *Int J Eat Disord*, 1–11.
- Thomas, J.J., Eddy, K.T. (2019). *Cognitive-Behavioral Therapy for Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder: Children, Adolescent and Adults*. Cambridge University Press.
- Thomas, J. J., Hartmann, A. S., & Killgore, W. D. (2013). Non-fat-phobic eating disorders: why we need to investigate implicit associations and neural correlates.

Thomas, J. J., Lawson, E. A., Micali, N., Misra, M., Deckersbach, T., & Eddy, K. T. (2017). Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: a Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment. *Current psychiatry reports*, 19(8), 54.

Giorgia Petrova, Psicologa, Psicoterapeuta

Specializzata in psicoterapia cognitiva, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC)-Verona

Training: Nisi e Mansutti.

e-mail: giorgiapetrova.psicologa@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 suicidio è un evento prevedibile? Una rassegna sui fattori di rischio e strategie di prevenzione dei comportamenti suicidari

Matteo Arrighi, Carla Azzara, Marilena Dello Iacono, Mariateresa Esposito, Fabiana Fusaro,
Rossana Napolitano, Roberta Romano¹

¹ Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC) - Roma

Riassunto

Il suicidio è una delle principali cause di mortalità nel mondo, è considerato una dimensione intrinseca di specifici disturbi psichiatrici e, in quanto tale, rappresenterebbe un fenomeno prevedibile, diagnosticabile e curabile. Per poter prevenire questo comportamento è essenziale individuare i fattori di rischio, i fattori protettivi e i relativi interventi; tuttavia numerosi studi hanno dimostrato come una cospicua percentuale delle persone suicide non abbia un disturbo psichiatrico ben identificabile. Lo scopo della presente revisione della letteratura è esaminare lo stato dell'arte sul fenomeno del suicidio, descrivendo i principali fattori di rischio e i protocolli di intervento preventivo conosciuti e maggiormente utilizzati. Nonostante si consideri possibile prevenire il suicidio con l'attuazione di programmi e strategie di intervento efficaci, alcuni recenti studi hanno evidenziato che nessuno dei fattori di rischio sia in grado di prevedere completamente il rischio suicidario; in futuro sarebbe opportuno migliorare la valutazione del rischio suicidario e stabilire strategie più efficaci attraverso la scoperta di nuovi fattori e la formulazione di algoritmi di rischio.

Parole chiave: Suicidio, prevenzione, fattori predittivi, pensieri e comportamenti suicidi, fattori di rischio e protettivi.

Is suicide a predictable event? A review of risk factors and prevention strategies for suicidal behaviors

Summary

Suicide is one of the main causes of mortality in the world, it is considered an intrinsic dimension of specific psychiatric disorders and, as such, it would represent a predictable, diagnosable and treatable phenomenon. In order to prevent this behavior, it is essential to identify risk factors, protective factors, and related interventions; however, numerous studies have shown that a large percentage of people who commit suicide do not have an identifiable psychiatric disorder. The purpose of this review is to examine the state of the art on the phenomenon of suicide, describing the main risk factors and the known and the most used preventive intervention protocols.

Il suicidio è un evento prevedibile?

Una rassegna sui fattori di rischio e strategie di prevenzione dei comportamenti suicidari

Although it is considered possible to prevent suicide with the implementation of effective intervention programs and strategies, some recent studies have shown that none of the risk factors are able to fully predict suicidal risk; in the future, it would be advisable to improve the assessment of suicidal risk and establish more effective strategies through the discovery of new factors and the formulation of risk algorithms.

Key words: Suicide, prevention, prediction, suicidal thoughts and behavior, risk and protective factors, suicidal behavior disorder.

Introduzione

Secondo i dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa 800.000 persone muoiono per suicidio ogni anno e per ogni adulto che muore per suicidio ce ne sono almeno altri 20 che lo tentano (World Health Organization, 2019). Il suicidio è considerato come una dimensione intrinseca di specifici disturbi psichiatrici e, in quanto tale, rappresenterebbe un fenomeno prevenibile, diagnosticabile e curabile.

Ogni anno il suicidio è tra le prime venti principali cause di morte a livello globale per le persone di tutte le età (World Health Organization, 2019).

In Italia il tasso standardizzato di mortalità per suicidio nel 2016 è stato pari a 7,1 per 100.000 abitanti (11,9 tra gli uomini e 2,9 tra le donne) con un trend in diminuzione rispetto agli anni passati. In Italia, gli uomini rappresentano il 78% delle morti per suicidio, mentre le donne il 22%.

La mortalità per suicidio è storicamente più elevata nelle regioni del Nord Italia rispetto a quelle del Centro-Sud che presentano i valori più bassi (10,0% per gli uomini e 2,4% per le donne) (World Health Organization, 2018).

La registrazione tempestiva e il monitoraggio regolare del suicidio costituiscono la spina dorsale di un'efficace strategia nazionale per la prevenzione del suicidio (World Health Organization, 2014).

La maggior parte dei decessi per suicidio si è verificata in Paesi a basso e medio reddito (79%), dove vive la maggior parte della popolazione mondiale (84%). Per quanto riguarda l'età, più della metà (52,1%) dei suicidi globali si è verificata prima dei 45 anni. La maggior parte degli adolescenti morti per suicidio (90%) proveniva da Paesi a basso e medio reddito, dove vive quasi il 90% degli adolescenti del mondo (World Health Organization, 2016).

Nel complesso, il tasso di suicidio globale standardizzato in base all'età è in qualche modo in declino, ma questo non si osserva in tutti i paesi del mondo. Ulteriori azioni e il rafforzamento degli sforzi in corso nell'attuazione di interventi chiave, efficaci, di prevenzione dei suicidi (ad esempio,

limitazione dell'accesso ai mezzi di suicidio, interazione con i media per un'informazione responsabile, formazione dei giovani sulle loro capacità di vita, identificazione precoce, gestione e follow-up), come descritto nella strategia LIVE LIFE (World Health Organization, 2018) sono cruciali, per salvare vite.

La prevenzione del suicidio resta quindi una sfida ancora aperta.

WHO Regioni Europee							
Paesi	Qualità dei dati ¹	WHO Regioni	Gruppo di reddito ²	Sesso	Numero di suicidi, tutte le età, 2016	Tassi di suicidio grezzi, tutte le età (per 100.000), 2016	Tassi di suicidio standardizzati per età, tutte le età (per 100.000), 2016
Italia	1	EUR	HI	Entrambi i sessi	4.886	8.2	5.5
				Femmine	1.381	4.5	2.6
				Maschi	3.505	12.1	8.4

Legenda tabella

1: Sono disponibili molteplici dati di registrazione dei decessi a livello nazionale con un'elevata completezza e qualità dell'assegnazione della causa di morte. Le stime per questi paesi possono essere confrontate e le serie temporali possono essere utilizzate per la definizione delle priorità e per la valutazione delle politiche.

2: Gruppi di reddito della Banca Mondiale, 2017. HI = alto reddito, LI = basso reddito, LMI = medio-basso reddito, UMI = medio-alto reddito.

Secondo l'OMS, il suicidio è tra le prime quindici cause di morte in tutto il mondo ed è anche la principale causa di morte violenta (Centers for Disease Control, 1994).

È quindi importante identificare i fattori di rischio associati al comportamento suicidario, sia a livello individuale che a livello familiare, oltre che identificare i fattori protettivi che possono aiutare a prevenirli o ridurli.

Le conseguenze del suicidio sulla qualità della vita della popolazione non devono essere trascurate, soprattutto a causa dell'impatto psicologico e sociale che colpisce le persone più vicine, le quali sono profondamente influenzate emotivamente, socialmente ed economicamente. Ecco perché è sempre più importante studiare e identificare i fattori associati a questo comportamento al fine di sviluppare programmi di prevenzione e intervento. Se si vogliono mettere in atto misure preventive, la prima cosa da fare è studiare quali sono i fattori di rischio e di protezione, così da poter intervenire al momento opportuno.

Anche la condizione del paziente influenza in modo significativo, a seconda della situazione che sta

Il suicidio è un evento prevedibile?

Una rassegna sui fattori di rischio e strategie di prevenzione dei comportamenti suicidari

attraversando o eventuali eventi di vita stressanti che possono risvegliare nella persona pensieri suicidari.

Inoltre è essenziale anche considerare i fattori protettivi, che riducono la probabilità di comportamento suicidario quando sono presenti più fattori di rischio.

I fattori protettivi rispetto al comportamento suicida possono essere molteplici, primo fra tutti la capacità di creare relazioni interpersonali stabili, sia nella sfera familiare che amicale inclusa l'apertura e la disponibilità ad intraprendere nuove conoscenze; avere un rapporto di fiducia con un caregiver e saper di poter contare sull'aiuto o sul supporto delle figure di riferimento quando si presentano delle difficoltà. Avere la percezione di appartenere ad una comunità territoriale e/o religiosa, che permette quindi all'individuo di sentirsi parte di una unità significativa di interrelazione tra soggetti.

Inoltre, è fondamentale avere accesso alle misure sanitarie necessarie allo svolgimento di pratiche cliniche, in modo da soddisfare il fabbisogno medico-sanitario del soggetto. Essere dotati di competenze trasversali quali: buone capacità di problem solving e coping, buone capacità di autoregolazione e inibizione degli impulsi. Uno degli aspetti che può contribuire alla protezione psicologica è la relazione/alleanza psicoterapeutica positiva.

Prevenzione del suicidio

L'Organizzazione mondiale della sanità riconosce che la formazione e l'educazione alla prevenzione del suicidio per gli operatori sanitari è una componente importante delle attuali o proposte strategie nazionali di prevenzione del suicidio (Organizzazione mondiale della sanità, 2014). Credenze religiose, sociali, politiche e culturali degli operatori sanitari così come la loro esperienza personale con il suicidio hanno avuto effetti misti sull'atteggiamento nei confronti del suicidio, facendo luce su questa relazione complessa. Sapere come prendersi cura dei pazienti suicidari e la fiducia nel farlo, sono due fattori che determinano la risposta al comportamento suicidario. La formazione ha portato miglioramenti nell'atteggiamento nei confronti del suicidio e nella fiducia nella cura delle persone a rischio di comportamenti suicidari.

È stato suggerito che, più che concentrarsi sul disturbo, il trattamento dovrebbe mirare al dolore e alle ragioni sottostanti che possano portare una persona a considerare il suicidio come soluzione (Pompili, 2018). I modelli di trattamento specifici per il suicidio affrontano esplicitamente pensieri

e comportamenti suicidari. Fenomeno come la sofferenza mentale e la disperazione trascendono le categorie diagnostiche e sono strettamente associati a pensieri e comportamenti suicidari, sia indipendenti che relativi ad uno specifico disturbo mentale, come ad esempio depressione (Ducasse et al., 2017; Verrocchio et al., 2016; Cuijpers et al., 2013). Insieme all'ascolto delle comunicazioni dei pazienti sul suicidio (Pompili et al., 2016), esplorare questi fattori fenomenologici nel trattamento potrebbe essere un approccio promettente alla prevenzione del suicidio. In una meta-analisi di 32 studi randomizzati, Calati e Courtet (2016) hanno scoperto che quei pazienti adulti che hanno seguito una psicoterapia avevano meno probabilità di tentare il suicidio durante il follow-up rispetto a quelli che avevano ricevuto interventi farmacologici, interventi di supporto, visite telefoniche o trattamenti standard. Quindi l'ascolto in merito al dolore e alle ragioni che potrebbero spingere al suicidio è più efficace rispetto ai trattamenti farmacologici nella prevenzione del suicidio.

Data la frequenza e la portata del suicidio gli studiosi hanno cercato di creare degli acronimi, basati sulla letteratura, in modo da identificare i fattori di rischio come ad esempio la SAD PERSONS SCALE (Patterson, Dohn 1983) e la adapted- SAD PERSONS (Juhnke, 1996) sono stati utilizzati per anni. Successivamente è stato creato un nuovo acronimo più completo ed aggiornato per valutare le persone a rischio suicidio (American Association of Suicidology, 2007).

L'acronimo "IS PATH WORM" è facilmente memorizzabile, ogni lettera corrisponde ad un fattore di rischio frequentemente sperimentato o riportato negli ultimi mesi antecedenti i suicidi.

I fattori di rischio specifici sono: Ideation-Substance-Purposelessness-Anxiety-Trap-Hopelessness – Withdrawal – Anger – Recklessness – Mood.

Ideazione suicida: Il soggetto riferisce un'ideazione suicida attiva o dichiara di volersitogliere la vita o per scritto o per voce. Dichiara di voler acquistare una pistola o un'arma con l'intenzione di usarla.

Abuso di sostanze: Il soggetto fa un uso eccessivo di alcool o altre droghe

Mancanza di scopo: Il soggetto esprime una mancanza o una perdita di scopo nella vita.

Rabbia: Il soggetto esprime sentimenti di rabbia o rabbia incontrollata. Cerca di vendicarsi contro chi pensa gli abbia arrecato un danno.

Intrappolato: Il soggetto si sente intrappolato, crede che non ci sia nessuna via d'uscitadalla sua situazione attuale. Il soggetto crede che la morte sia preferibile ad una vita dolorosa.

Senza speranza: Il soggetto ha una visione negativa di sé, degli altri e del suo futuro. Quest'ultimo appare senza speranza, con poche possibilità di cambiamento positivo.

Ritiro: Il soggetto esprime un desiderio di isolarsi da altri significativi, dalla famiglia,dagli amici e dalla società.

Il suicidio è un evento prevedibile?

Una rassegna sui fattori di rischio e strategie di prevenzione dei comportamenti suicidari

Ansia: Il soggetto si sente ansioso, agitato o incapace di dormire, riferisce un'incapacità di rilassarsi o di dormire tutto il tempo.

Imprudenza: Il soggetto agisce in modo avventato o sperimenta attività rischiose senza considerare le potenziali conseguenze.

Cambiamento d'umore: Il soggetto riferisce di aver sperimentato drammatici cambiamenti d'umore. I professionisti che conducono una valutazione del rischio suicidario dovrebbero indagare ciascuno dei fattori di rischio. La presenza di uno dei fattori di rischio sopra menzionati dovrebbe servire come avvertimento e guidare un intervento clinico completo.

Gli acronimi o aiuti mnemonici e le scale di valutazione, hanno lo scopo di aumentare il giudizio clinico del professionista soprattutto nella valutazione della popolazione a rischio come: Gli anni dell'adolescenza sono caratterizzati da importanti decisioni, dalla ricerca di costruirsi una propria identità, accrescere l'autostima, acquisire indipendenza e responsabilità; si è per natura più esposti al rischio di sviluppare disturbi mentali.

Tra gli adolescenti il suicidio si configura come un fenomeno multidimensionale, assumendo diversi significati tra gli adolescenti dei diversi Paesi e culture, caratterizzato da aspetti psicologici, sociali, clinici (disturbi mentali), genetici e biologici. In particolare, recenti studi svolti su questa popolazione annoverano tra le principali cause di rischio suicidio i fattori individuali, familiari, psicosociali e culturali.

La presenza di un disturbo mentale e la comorbilità di disturbi psichiatrici sembrano essere tra i più importanti predittori del rischio suicidario. Tra i fattori sociali e ambientali del rischio suicidario si annoverano bullismo, relazioni disfunzionali con i propri genitori o vivere lontano da casa. Oltre a questi, un altro fattore di rischio attuale e degno rilevanza è l'uso patologico di internet. Un uso eccessivo di videogames e di internet che supera le cinque ore giornaliere è associato a livelli elevati di depressione e suicidarietà negli adolescenti. A tal proposito si riporta una ricerca sistematica uscita nel gennaio del 2019 in cui vengono attenzionate nove reviews pubblicate tra il 2012 e il 2018 che indagano la relazione tra uso di social media e internet con i tentativi di suicidio in giovani di età inferiore a 19 anni. Quello che è stato osservato è solo un'associazione tra l'uso patologico di internet e i comportamenti suicidari in giovani adolescenti. Il nesso di causalità rimane incerto e da approfondire.

Diversi invece i fattori di rischio suicidario da prendere in considerazione relativi alla popolazione adulta. Una ricerca sistematica condotta su adulti nel 2019 da M. I. Troya, O. Babatunde et al.

considera la comparsa del primo episodio autolesionistico come saliente per la ripetizione di esso e pertanto il principale fattore di rischio suicidario. Aspetti sociodemografici e clinici ne hanno un ruolo determinante, come ad esempio nel caso del genere femminile, il non essere sposata, il vivere da sola o il non avere una persona che si prende cura di sé. Clinicamente invece, la diagnosi psichiatrica più comunemente riportata è la depressione, seguita da altri precedenti psichiatrici quali uso di alcool, sostanze, schizofrenia e disturbi di personalità.

Quasi tutti i disturbi mentali sono associati ad un aumento del rischio di suicidio e per questo ritenuti plausibili fattori predittivi. È stato stimato che ben il 90% dei suicidi nei Paesi ad alto reddito sono opera di persone con disturbi mentali, il che suggerisce che la diagnosi psichiatrica ha una sensibilità al suicidio del 90%.

Tra gli anziani, anche il basso titolo di studio e ogni tipologia di evento doloroso si configurano come fattore di rischio significativo, così come si evince nel report dell'Istat del 2018 dove, meritevoli di attenzione, sarebbero anche le differenze socioeconomiche osservabili nella mortalità per suicidio: il rischio è 1,4 volte superiore nelle persone che hanno conseguito al massimo la licenza media inferiore rispetto ai laureati. In particolare, per quanto riguarda le differenze territoriali, il report Istat del 2018 riferisce che nel 2015 la ripartizione con i tassi più elevati di mortalità è il Nord Est con 7,6 decessi per 100.000 abitanti diversamente dal Sud in cui si rilevano i tassi più bassi (4,7). L'età più a rischio di suicidio sembra comunque essere quella degli ultrasessantacinquenni, dove la perdita di controllo, l'aumento del senso di solitudine, l'invecchiamento percepito come riduzione delle normali attività quotidiane contribuirebbero ad aumentare di cinque volte il rischio di riferire disturbi di depressione o ansia cronica grave, con conseguente atto autolesionistico. È in quest'ottica che diventa essenziale e auspicabile comprendere più a fondo la natura dell'autolesionismo in età avanzata, per offrire un'assistenza sanitaria più efficace per questa popolazione ad oggi erroneamente trascurata e priva di una rete di supporto adeguata.

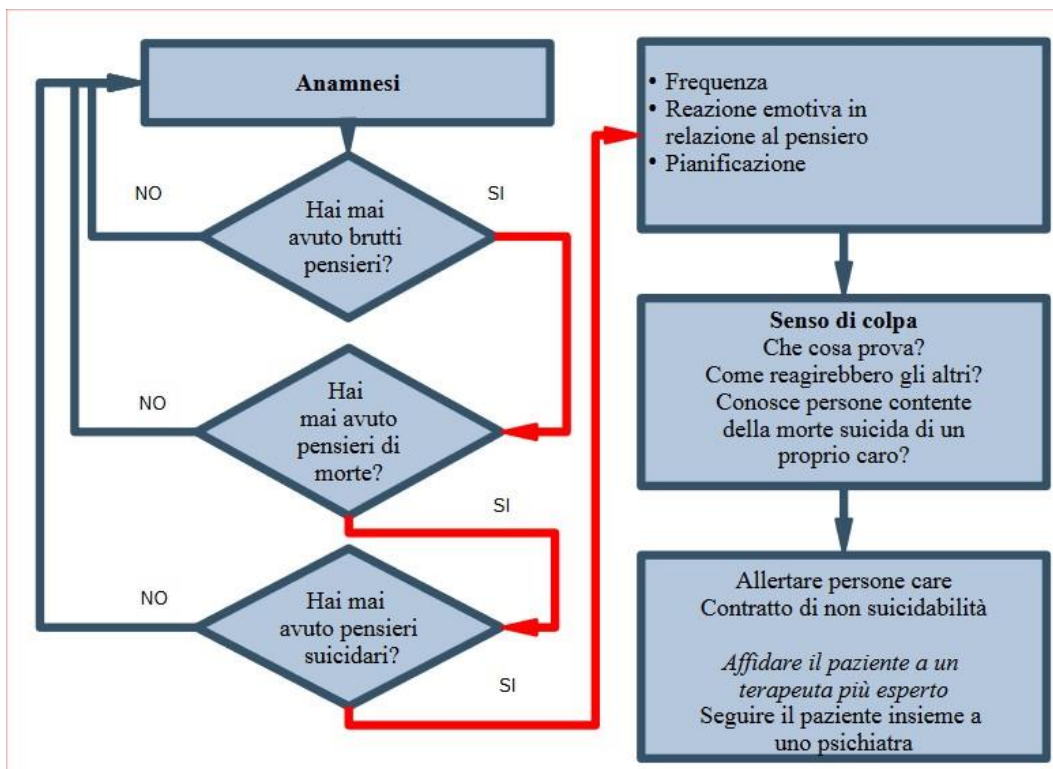
Cosa possiamo fare noi psicoterapeuti in formazione?

I professionisti clinici, in particolare gli psicoterapeuti in formazione, cosa possono fare per cercare di aiutare un paziente e abbassare il rischio suicidario? Bisogna accettare che non esista una diagnosi esente dal rischio suicidario, che almeno il 90% delle persone suicidarie soffrono di un disturbo psichiatrico e per tale ragione, risulta fondamentale affrontare sempre l'argomento nell'anamnesi. Per questo motivo, in questo lavoro si è pensato di creare un grafico di decisione, utile a chiunque abbia bisogno di linee guida per gestire l'argomento (fig. 2).

Il suicidio è un evento prevedibile?

Una rassegna sui fattori di rischio e strategie di prevenzione dei comportamenti suicidari

Come mostrato nel diagramma di seguito, nel corso dell'anamnesi, è importante chiedere a ciascun paziente se ha “mai avuto brutti pensieri”: se la risposta dovesse essere negativa, si continua con la raccolta di informazioni; se invece a questa domanda il paziente dovesse rispondere positivamente, allora si procederà ad indagare tale aspetto e gli si chiederà se “ha mai avuto pensieri di morte”. Se anche qui la risposta del paziente dovesse essere affermativa, allora seguirà una domanda chiara, quale potrebbe essere “ha mai avuto pensieri suicidari?”. Con una risposta affermativa a questa domanda, si potrebbe agire individuando la frequenza di tali pensieri, la reazione emotiva associata a ciascun pensiero e l'eventuale pianificazione di tale atto. A questo punto una strada che si potrebbe intraprendere è quella di smuovere il senso di colpa del paziente, chiedendogli ad esempio “come potrebbero reagire le persone a Lei care” e se “ha mai conosciuto persone felici del suicidio di una persona cara”. In ogni caso da questa informazione raccolta, si potrebbe decidere di informare una persona vicina al paziente oppure stipulare un “contratto di non suicidabilità” (che fin quando sarà incuria con il professionista, s'impegna a non fare tale atto); infine comunque sarebbe opportuno chiedere al paziente di essere seguito anche da un altro professionista, da uno psichiatra, e lo stesso psicoterapeuta potrebbe contattare un collega che possa fargli da supervisore del caso.



Nonostante si consideri possibile prevenire il suicidio con l'attuazione di programmi e strategie di intervento efficaci, alcuni recenti studi hanno evidenziato che non esistono attualmente in letteratura variabili clinicamente significative in grado di prevedere o evitare con accuratezza il suicidio. Tale concetto è stato empiricamente confermato da diverse ricerche. In uno studio condotto nel Dipartimento d'Emergenza e Accettazione per un tentativo di suicidio (TS) nell'Università La Sapienza di Roma, è stato evidenziato come, dopo un primo TS è impossibile prevedere la messa in atto di un secondo tentativo nei mesi successivi. Tale studio, pur avendo considerato numerosi parametri psicopatologici, psicosociali ed epidemiologici ha dimostrato che la prevedibilità del secondo TS era impossibile. Similmente, in uno studio di Chan et al. (2016) le variabili identificate come fattori di rischio sono state definite "poco utili nella pratica", o il lavoro di Bolton et al. (2015) nel quale i metodi di prevenzione sono considerati "elusivi". Ancora, una meta-analisi di Franklin et al. del 2017 riporta che non esistono elementi di rischio certi.

La prevedibilità suicidaria risulta sicuramente un obiettivo a cui tendere ma allo stato attuale si tratta di un obiettivo arduo, lontano, non possibile.

Bibliografia

- Allen N, Nelson B., Brent D., Auerbach R., (2019). Short-term prediction of suicidal thoughts and behaviors in adolescents: Can recent developments in technology and computational science provide a breakthrough? *Journal of Affective Disorders*.
- Beck A. T., Weissman A., Lester D., Trexler L., (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865.
- Beck A.T., Kovacs M., Weissman A., (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47(2), 343-352.
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J., (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
- Berrino A., Ohlendorf P., Duriaux S., Burnand Y., Lorillard S., Andreoli A. (2011). Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Research*; 186:287-92.
- Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus (2016). Population and employment. Population with migration background. Results from the microcensus. In: Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Bilsen J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *Front Psychiatry*. doi: 10.3389/fpsy.2018.00540. PMID: 30425663; PMCID: PMC6218408.
- Biondi M., Iannitelli A., Ferracuti S. Sull'imprevedibilità del suicidio On the unpredictability of suicide. (2016). *Rivista Psichiatrica*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Bolton J.M, Gunnell D., Turecki G., Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness (2015). *The BMJ*, doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4978>
- Boukouvalas E., El-Den S., Murphy A. L., Salvador-Carulla & O'Reilly L. C (2017). Exploring health care professionals' knowledge of, attitude towards and confidence in caring for people at risk of suicide: a systematic review. *Archives of Suicide Research*. Routledge.
- Boukouvalas E., El-Den S., Murphy A.L., Carulla L.S., O'Reilly C.L., (2019). Exploring health care professionals' knowledge of, attitudes towards and confidence in caring for people at risk of suicide: a systematic review. *Archives of Suicide Research*.

Il suicidio è un evento prevedibile?
Una rassegna sui fattori di rischio e strategie di prevenzione dei comportamenti
suicidari

- Carson N.J, Mullin B., Sanchez M, Lu F.; Yang K., Menezes M, Cook L.. (2019). Identification of suicidal behavior among psychiatrically hospitalized adolescents using natural language processing and machine learning of electronic health records. *Plos ONE*.
- Cfr. M. M. Large, (2018). “The role of prediction in suicide prevention”. *Dialogues in clinical neuroscience*; 20(3): 197– 205.
- Chan MK, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, Kapur N, Kendall T. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. (2016). *Br J Psychiatry*. 209(4):277-283. doi: 10.1192/bjp.bp.115.170050
- Donath C., Bergmann M.C., Kliem S., Hillemacher T., Baier D., (2019). Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: a representative study. *BMC Pediatrics*.
- Fountoulakis KN, Chatzikosta I, Pasiadis K, et al. (2016). Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000-2012. *AnnGenPsychiatry*
- Franklin J. C. et al. Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. (2016). *Psychological Bulletin*. American Psychological Association, Vol. 143, No. 2, 187–232.
- Haddock G., Pratt D., Patricia A. Gooding, Peters S., Emsley R., Evans E., Kelly J., Huggett C., Munro A., Harris K., Davies L., Awenat Y. (2019). Feasibility and acceptability of suicide prevention therapy on acute psychiatric wards: randomised Controlled trial. *BJ Psych Open*.
- Hamilton M. (1960.) A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*.
- Hatzenbuehler ML. (2011). The social environment and suicide attempts in lesbian, gay, and bisexual youth. *Pediatrics*; 127(5):896-903. doi: 10.1542/peds.2010-3020.
- Heimberg G. R., Ollendick T., Sobell M., Harvey A. (2007). *Behavior Therapy. An International Journal Devoted to the Application of Behavior and Cognitive Sciences to Clinical Problems*. Volume 38, Elsevier.
- JaHun Kim, RN, Elaine Walsh, RN, Kenneth Pike, (2020). Cyberbullying and Victimization and Youth Suicide Risk: The Buffering Effects of School Connectedness; *J Sch Nurs*; doi: 10.1177/1059840518824395. Epub PMID: 30665324.
- Juurink, D. N., Herrmann, N., Szalai, J. P., Kopp, A., & Redelmeier, D. A. (2004). Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 164, 1179–1184.
- Kenneth R. Conner, Timothy J. Wiegand, David B. Goldston. (2019). A hospital-based treatment of suicide attempt patients with problematic alcohol use: Rationale and treatment development. *General Hospital Psychiatry*. Elsevier.
- Kim J, Walsh E, Pike K, Thompson EA. (2019) Cyberbullying and Victimization and Youth Suicide Risk: The Buffering Effects of School Connectedness. *J Sch Nurs*; doi: 10.1177/1059840518824395.
- La salute mentale nelle varie fasi della vita, anni 2015-2017. (2018) *Istat Report*.
- Linehan M.M., Goodstein J.L., Nielsen S.L., Chiles J.A., (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.
- Linehan, M.M., (2014). *Linehan Risk Assessment and Management Protocol (LRAMP)*. Behavioral Research and Therapy Clinics, Seattle
- M K Nock, I Hwang, N A Sampson & R C Kessler. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry* volume 15.
- M. I. Troya, O. Babatunde et al., (2019). Self-harm in older adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry* 214: 186–200.
- Mars B, Heron J, Klonsky ED, Moran P, O'Connor RC, Tilling K, Wilkinson P, Gunnell D. (2019). What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*; doi: 10.1111/jcpp.12878.
- McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J MaritalFamTher.*;29(2):223-45.
- Messias E, Castro J,Saini A, Usman M, Peeples D. (2011). Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens: results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. *Suicide Life Threat Behav.*;41 (3):307–315.

- Miller, M., Hemenway, D., Rimm, E. (2000). Cigarettes and suicide: A prospective study of 50,000 men. *American Journal of Public Health*, 90, 768–773.
- Nock M. K., Hwang I., Sampson N. A. & Kessler R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry* volume 15, pages 868–876.
- Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J., & Banaji, M. R. (2010). Measuring the suicidal mind: Implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological Science*, 21, 511–517.
- Nordentoft M, Madsen T, Fedyszyn I. (2015). Suicidal behavior and mortality in first episode psychosis. *J Nerv Ment Dis*; 203(5):387-92.
- Onwumere J, Bebbington P, Kuipers E. (2011) Family interventions in early psychosis: specificity and effectiveness. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 20(2):113-9.
- Orbach I. Suicide prevention for adolescents. (2006). In: King R, Apter A, editors. *Suicide in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press pp.1–40.
- Organizzazione Mondiale della Sanità OMS 2014.
- Osman et al., (1993), Multi-Attitude Suicide Tendency Scale -MAST Pierce, D.W; (1977) Suicidal intent in self injury.
- Pearson, J. L., and Conwell, Y. (1995). Suicide in late life: challenges and opportunities for research. Introduction. *Int. Psychogeriatr*. 7, 131–136.
- Posner, Brent, Lucas, et al. (2008). C-SSRS – Scala della Columbia University per la valutazione della gravità del rischio di suicidio.
- Ruch D.A, Sheftall A.H., Schlagbaum P., Fontanella C.A., Campo J.V., Bridge J.A. Characteristics and Precipitating Circumstances of Suicide Among In carcerated Youth. (2018). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Rukundo G., Kemigisha E., Ocan M., Adriko W. and Akena D. (2018). A systematic review of the risk factors for suicidal ideation, suicide attempt and completed suicide among children and adolescents in sub-Saharan Africa between 1986 and 2018: protocol for a systematic review of observational studies. *Systematic Reviews*.
- Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Jildevik Adamsson I, Waern M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: a systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE*
- Ryberg W., Zahl P., Diep L. M., Landro N. I., Fosse R.. (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *Elsevier. Journal of Affective Disorders* 249, 112-120.
- Sang Mi Kim, Hyun -Sook Lee. (2019). Characteristics of Inpatients Who Survive Suicide Attempts. *Osong Public Health Res Perspect*.
- Schneider, B., Lukaschek, K., Baumert, J., Meisinger, C., Erazo, N., & Ladwig, K. H. (2014). Living alone, obesity, and smoking increase risk for suicide independently of depressive mood findings from the population-based MONICA/KORA Augsburg cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 152, 416–421.
- Sedgwick R., Epstein S., Dutta R., Ougrin D.. (2019). Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Current opinion in psychiatry*. 32(6):534-541
- Selby, E. A., & Yen, S. (2014). Six-month trajectory of suicidal ideation in adolescents with borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 89–100.
- Siris SG. Suicide and schizophrenia. (2001). *J Psychopharmacol*.
- Stanley et al. (1986). *Suicide Assessment Scale -SAS*.
- Stein M.D., Kessler R.C, Ursano R.J., (2019). Reframing the Suicide Prevention Message for Military Personnel. *JAMA Psychiatry*
- Stephan S. (2016). *Rational suicide. Irrational law: examining current approaches to suicide in policy and law*. New York: Oxford University Press.
- Suicide in the world: global health estimates* (2019). World Health Organization
- Suominen K., Isometsa E., Haukka J., Lonnqvist J. (2004). Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Tarolla E, Caredda M., Tarsitani L., Maraone A, Biondi M. (2015) Fattori predittivi di nuovi tentativi di suicidio in soggetti che accedono in pronto soccorso per un tentativo di suicidio. Uno studio longitudinale a un anno. *RivPsichiatr*

— Il suicidio è un evento prevedibile? —
Una rassegna sui fattori di rischio e strategie di prevenzione dei comportamenti
suicidari

- Terranova C., Sartore D. (2013). Suicide and Psychiatrist's Liability in Italian Law Cases. *J Forensic Sci.*, Vol. 58, No. 2.
- Troya M.I., Babatunde O. et al. Self-harm in older adults: systematic review. (2019). *The British Journal of Psychiatry* 214: 186–200.
- Velupillai S., Hadlaczky G, Enrique Baca-Garcia, Gorrell G, Werbeloff N., Nguyen D., Patel R., Leightley D., Downs J., Hotopf M. and Dutta R. (2019). Risk Assessment Tools and Data- Driven Approaches for Predicting and Preventing Suicidal Behavior. *Frontiers in Psychiatry*
- Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, Stella E, Mari M, Steardo L, Bellomo A. (2016). Suicide in the early stage of schizophrenia. *Front Psychiatry*.
- Wedig, M. M., Silverman, M. H., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., & Zanzarini, M. C. (2012). Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychological Medicine*, 42, 2395–2404.
- Wenche Ryberg, Per-Henrik Zahl, Lien My Diep, Nils Inge Landr, Roar Fosse. (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*.
- Wenche Ryberga, Per-Henrik Zahlb, Lien My Diepc, Nils Inge Landrød, Roar Fosse (2019). Managing suicidality within specialized care: A randomized controlled trial;; *J Affect Disord*249:112-120.
- Wendi F. Cross, Jennifer C. West, Anthony R. Pisani, Hugh F. Crean, Jessica L. Nielsen, Amanda H. Kay and Eric D. Caine (2019). A randomized controlled trial of suicide prevention training for primary care providers: a study protocol. *BMC Medical Education*.
- Wichstrøm, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 603–610.
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127, 287–294.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals*.
- World Health Organization (2018). *Global Health Estimates 2016: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016*. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. World Health Organization, Geneva.
- Zeppegno P., Gattoni E., Mastrangelo M., Gramaglia C., Sarchiapone M. (2019) Psychosocial Suicide Prevention Interventions in the Elderly: A Mini-Review of the Literature. *Frontiers in Psychology*.

Matteo Arrighi, Psicologo – Psicoterapeuta
Specializzato in psicoterapia cognitiva - SICC, Roma
training Carcione A., Nicolò G., Bilotta E
e-mail: arrighimatteo@icloud.com

Carla Azzara, Psicologa – Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva - SICC, Roma,
training Carcione A., Nicolò G., Bilotta E
e-mail: carlaazzara27@gmail.com

Marilena Dello Iacono, Psicologa – Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva - SICCC, Roma,
training Carcione A., Nicolò G., Bilotta E
e-mail: delloiaconomarilena@gmail.com

Mariateresa Esposito, Psicologa – Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva - SICCC, Roma,
training Carcione A., Nicolò G., Bilotta E
e-mail: esposito.mariateresa@libero.it

Fabiana Fusaro, Psicologa – Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva - SICCC, Roma,
training Carcione A., Nicolò G., Bilotta E
e-mail: fabianafusaro88@hotmail.it

Rossana Napolitano, Psicologa – Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva - SICCC, Roma,
training Carcione A., Nicolò G., Bilotta E
e-mail: rossana9115@gmail.com

Roberta Romano, Psicologa – Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva - SICCC, Roma,
training Carcione A., Nicolò G., Bilotta E
e-mail: roberta.romano_@outlook.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

La conclusione del percorso terapeutico

Rachele Novaro¹

¹Psicologa- Psicoterapeuta, Associazione di Psicoterapia Cognitiva, APC Verona

Riassunto

La fase conclusiva di un percorso di psicoterapia è un argomento affascinante, complesso e sfaccettato, e dunque oggetto di differenti riflessioni nella letteratura odierna. La visione della conclusione di una psicoterapia, delle sue tempistiche e modalità è influenzata dal modello teorico di riferimento del professionista, dalla sua esperienza clinica e da fattori esterni ed interni al processo terapeutico stesso. Questo lavoro è nato dal desiderio di esplorare ed analizzare alcune di queste riflessioni, prendendo in esame due possibili modalità di chiusura (conclusione condivisa e interruzione unilaterale o drop out) e indagando i vissuti emotivi che terapeuta e paziente possono sperimentare in questa vicenda clinica significativa. Si è inoltre tentato di identificare i prerequisiti per una buona chiusura del percorso e di delineare alcune prassi cliniche e momenti chiave della fase conclusiva. La letteratura suggerisce di considerare la chiusura come parte del progetto terapeutico, condividendo questa prospettiva con il paziente già dalla fase di contratto. Una volta riscontrati i presupposti per la conclusione, è consigliabile procedere con un momento di bilancio e verifica degli obiettivi negoziati, al termine del quale ideare ed attuare un vero e proprio progetto di chiusura, cucito su misura per il paziente e per la coppia terapeutica.

Parole chiave: psicoterapia, conclusione, drop out, progetto terapeutico.

The conclusion of the psychotherapeutic path

Summary

The ending of a psychotherapy is an interesting, complex and faceted topic; therefore, it is subject to different thoughts in current literature. The vision of the conclusion of a psychotherapy and its timing and modality are influenced by the theoretical model of the psychologist, by his/her clinical experience and also by external and internal therapeutic process factors. This work was born from the desire to explore and analyze some of these thoughts, by examining two of the possible ways of conclusion (shared conclusion and unilateral interruption or drop out) and delve into the emotional experience of the psychologist and the patient within this significant clinical event. Furthermore, an attempt was made to identify good psychotherapy conclusion prerequisites, as well as to outline certain clinical practices and key moments of the conclusion. Modern literature suggests to consider the conclusion as part of the therapeutic project, and to share this perspective with the patient since the therapeutic contract phase. Once the conclusion conditions are noted, it is advisable to proceed with a moment of check and verification of the negotiated goals, at the end of which to design and implement a conclusion project, tailored on the patient and the therapeutic couple.

Key words: psychotherapy, conclusion, drop out, therapeutic project

Introduzione

Il tema della conclusione del percorso terapeutico trova riscontri controversi, nella letteratura ad oggi disponibile, ed è oggetto di riflessioni varie e, talvolta, anche in aperta contraddizione tra loro.

Una prima considerazione riguarda il fatto che la visione del processo conclusivo appare fortemente influenzata dal modello teorico di riferimento dei terapeuti portando talvolta a prassi cliniche differenti. Beck (2002), ad esempio, considera la fine del trattamento come una fase prevalentemente tecnica, che segue la remissione dei sintomi e che è orientata al monitoraggio e alla verifica di tecniche e strumenti appresi dal paziente durante le sedute.

Inoltre, la conclusione di un percorso terapeutico può avvenire per cause esterne o interne al processo di psicoterapia stesso. Rientrano nel primo caso ragioni pratiche o economiche, come trasferimenti o difficoltà finanziarie, estranee a ciò che accade nella stanza di terapia.

Un'altra sostanziale differenza riguarda il fatto che la terapia avvenga in un contesto aziendale pubblico o in un setting privato. Infatti, nel primo caso il processo conclusivo del lavoro terapeutico dovrebbe tenere necessariamente conto anche della specifica dimensione organizzativa propria dell'istituzione in cui ha luogo e quindi del suo mandato, delle sue esigenze, risorse, finalità e strategie d'intervento.

La letteratura, inoltre, distingue quattro differenti modi in cui l'intervento clinico può terminare: la conclusione condivisa, l'interruzione unilaterale (*drop out*) o forzata (per volere del terapeuta), l'interminabilità (*impassed*) della cura e l'intermittenza (Etchegoyen, 1986; Novick, 1988; Kupers, 1988; Maffei et al, 1992; De Simone, 1994; Ferraro e Garella, 2001; Gabbard, 2004).

Infine, la conclusione di una psicoterapia può essere analizzata come una vicenda clinica significativa per paziente e terapeuta. Non consiste, quindi, solo nel concretizzarsi di un progetto concordato in un contratto, ma diviene anche occasione di importanti vissuti emotivi che coinvolgono sia il paziente che il terapeuta.

In questo lavoro prenderemo in considerazione alcune di queste riflessioni.

In primo luogo, la visione assunta del processo conclusivo trarrà le sue origini dal modello teorico della psicoterapia cognitivo – comportamentale.

Inoltre, saranno prese in considerazione le conclusioni di terapia correlate a motivazioni interne al processo terapeutico. In particolare, analizzeremo il fenomeno della conclusione condivisa del percorso e il fenomeno del *drop out*.

Successivamente saranno presi in considerazione i vissuti emotivi del paziente e del terapeuta riguardo il *drop out* e la conclusione condivisa del percorso terapeutico.

L'ultimo capitolo, infine, è destinato alla descrizione dei prerequisiti di una buona chiusura, dando particolare rilievo al ruolo dell'alleanza terapeutica. Si delinearanno, inoltre, alcune buone prassi cliniche per favorire la conclusione della psicoterapia.

La Conclusione Condivisa

In questo articolo utilizzeremo il termine “conclusione condivisa” per fare riferimento a quella situazione ideale in cui paziente e terapeuta decidono di comune accordo che ci sono le premesse per concludere la psicoterapia e ne negoziano insieme le modalità e i tempi. Dalla definizione generale di “conclusione condivisa” del percorso terapeutico emergono alcuni interrogativi che saranno presi in considerazione in questo capitolo, traendo spunto dalla letteratura odierna.

In primo luogo, saranno analizzate le varie sfumature che la definizione può assumere nella pratica clinica.

In seguito saranno prese in considerazione le modalità attraverso le quali possa avvenire la proposta della chiusura, quando incominci effettivamente la fase conclusiva di un percorso psicoterapeutico e quali possano essere i segnali che permettono a terapeuta e paziente di comprendere che si sta avvicinando la fine della terapia.

L'ultima parte del capitolo sarà invece destinata ad una riflessione riguardo la “definitività” della conclusione di un percorso e la differenza tra chiusura e interruzione della terapia, con conseguente ritorno del paziente.

Le sfumature della definizione

Dall'analisi della letteratura odierna emerge una grande varietà di sfumature che la definizione di conclusione della terapia può assumere. Infatti, ogni percorso di psicoterapia è differente ed unico e pertanto anche la fase di conclusione difficilmente può essere “standardizzata”.

Una prima distinzione all'interno della definizione riguarda il considerare la fase conclusiva della psicoterapia come la chiusura definitiva del rapporto terapeutico, che si concretizza in un ultimo colloquio o, al contrario, come il proseguimento del percorso stesso con incontri di *follow up*, dilazionati nel tempo. Talvolta, infatti, la complessità della psicopatologia e lo stato di sofferenza del paziente sono tali che si rende necessaria la pianificazione di una fase di monitoraggio, per confrontarsi sull'andamento del funzionamento della persona nella vita quotidiana. In questo caso la conclusione della terapia diventa quasi un ossimoro: la terapia finisce con un'ultima fase che implica il continuare a vedersi (Liotti, 2014).

Una seconda distinzione all'interno della definizione di conclusione della terapia si rifà al motivo della richiesta di aiuto e, nello specifico, al contratto terapeutico e agli obiettivi negoziati tra paziente e terapeuta. Infatti, in un percorso *problem solving oriented*, la conclusione della terapia può coincidere con la gestione della sintomatologia e la risposta alla sofferenza emotiva alla base della richiesta di aiuto del paziente (Sanavio, 2014). Invece, un lavoro più profondo, che va oltre il sintomo e coinvolge anche gli schemi e i significati che caratterizzano i processi di funzionamento interno della persona sarà necessariamente più lungo e meno “prevedibile” nella sua conclusione, poiché andrà oltre la risoluzione del problema clinico (Scrimali, 2014).

La proposta della chiusura

Dalla letteratura emergono differenti opinioni rispetto a come possa essere proposta la chiusura di un percorso terapeutico, riassumibili in due posizioni in particolare: alcuni clinici ritengono che debba essere sempre il paziente ad annunciare al terapeuta che si sente pronto per terminare il percorso, altri ritengono invece che il terapeuta possa avanzare la proposta di concludere la psicoterapia, qualora ne riscontrasse le condizioni.

Per quanto riguarda la prima posizione, in occasione del Convegno SITCC 2014, è stato suggerito un parallelismo tra la conclusione della terapia e la fine di una relazione affettiva, con una differenza principale: in una relazione terapeutica è sempre il paziente che sceglie quando concludere la terapia e, di conseguenza, è sempre il terapeuta ad essere lasciato (Furlani, 2014). Rientra nel primo filone di pensiero, l'idea che sia responsabilità del paziente sia decidere di intraprendere una terapia che di concluderla (Landini, 2014).

La seconda posizione, rispetto alla proposta di conclusione della terapia, si focalizza, invece, sull'idea che la chiusura diventi oggetto di dialogo negoziato nella diade terapeutica, pur prestando attenzione costante all'autonomia e alla libertà di scelta del paziente (Telfener, 2014). È importante, infatti, che il paziente abbia percezione di *agency* nella terapia, che senta di poter decidere e di avere il controllo su quello che succede (Dimaggio, 2014). In questa accezione, la conclusione diventa dunque il risultato di una continua verifica condivisa dell'andamento del percorso, in cui ad un certo punto si negozia in modo naturale la progettualità della fine, sulla base di un monitoraggio costante degli obiettivi prefissati (Maffei, 2014). Nel secondo filone di pensiero, dunque, il terapeuta può suggerire al paziente di fare un bilancio finale, in cui verificare il raggiungimento degli obiettivi, senza forzare la conclusione della terapia. Allo stesso modo, se il terapeuta ritenesse che il cliente non fosse pronto a concludere il percorso, ad esempio perché persistono una serie di problemi irrisolti,

la decisione di restare in terapia spetterebbe comunque sempre al paziente. Il terapeuta potrebbe comunque condividere i suoi dubbi, portando l'attenzione del paziente non solo agli obiettivi raggiunti, ma anche alle tematiche problematiche, sottolineando i vantaggi della scelta di proseguire il lavoro, senza però insistere affinché il cliente resti in terapia (DiGiuseppe et al., 2014).

L'inizio della fine del percorso

Altra tematica cruciale riguarda la definizione del momento in cui effettivamente cominci la fase conclusiva della terapia. Ancora una volta diventa difficile dare una risposta univoca a questa domanda, partendo dal presupposto che ogni terapia è unica e che non è possibile prevedere con certezza a priori l'andamento di un percorso.

Una riflessione interessante riguardo l'argomento emerge durante il convegno SITCC del 2014: viene suggerito, infatti, che la fase conclusiva della terapia cognitiva cominci con l'inizio della terapia stessa (Manno, 2014). Il fatto che il percorso terapeutico abbia un inizio ed una fine è una caratteristica del contratto terapeutico e una condizione del *setting*: il trattamento è limitato nel tempo e orientato al raggiungimento degli obiettivi concordati. In un certo senso, la terapia cognitiva prepara continuamente il paziente, a quello che verrà dopo: il terapeuta, infatti, cerca di favorire la generalizzazione, al di fuori della stanza di terapia, delle conoscenze, delle strategie e delle abilità acquisite durante il processo terapeutico (DiGiuseppe et al., 2014).

Indicatori e segnali di chiusura

Ferma restando l'unicità di ogni percorso terapeutico, in questo lavoro si è cercato di individuare, dalla letteratura disponibile, segnali comuni che permettono a terapeuta e paziente di comprendere che ci sono i presupposti per entrare nella fase finale della terapia.

In particolare, nel ciclo di interviste "i grandi clinici italiani" della rivista *State of Mind*, i terapeuti intervistati hanno condiviso quali segnali utilizzino per comprendere se sia o meno il caso di proporre la chiusura di un percorso terapeutico. I segnali riportati sono stati raggruppati in tre tipi di indicatori: indicatori oggettivi e quantitativi, indicatori clinici qualitativi e indicatori soggettivi riportati dal paziente. Essi vengono talvolta utilizzati in modo integrato e flessibile, mentre in altri casi sono utilizzati separatamente, a discrezione del clinico.

Indicatori oggettivi e quantitativi

Tra gli indicatori oggettivi e quantitativi citati nelle interviste compaiono strumenti di verifica degli *outcome* come la *Cognitive Behavioral Assessment* - Valutazione dell'esito (CBA-VE;

Michielin et al., 2009) e l'*Outcome Questionnaire* (OQ-45.2; Lambert et al., 2004). Entrambi gli strumenti sono nati dalla ricerca sulla valutazione dell'esito dei trattamenti psicologici. Altri indicatori oggettivi sono ottenuti tramite il metodo test – retest, somministrando in fase di *assessment* e poi in tempi diversi lo stesso strumento e verificando se la correlazione tra i punteggi ottenuti sia coerente con il quadro clinico. In questo modo può diventare possibile monitorare il processo di cambiamento del paziente in vari momenti del percorso e utilizzare o meno questa informazione per valutare la possibilità di concludere la terapia (Del Corno, 2014).

Indicatori clinici qualitativi

Gli indicatori clinici riscontrati dal terapeuta possono essere rilevati attraverso l'uso di strumenti di verifica del processo e del percorso terapeutico di tipo qualitativo, come la *Client Change Interview* (Elliott e Rodgers, 2008) o attraverso l'osservazione clinica del funzionamento del paziente in seduta e della qualità della relazione terapeutica. Tra gli indicatori clinici rientrano dunque anche il raggiungimento degli obiettivi concordati da contratto (Sanavio, 2014) e la comparsa o l'aumento di capacità prima carenti, come abilità interpersonali (Lingiardi, 2014) e/o metacognitive (Del Corno, 2014). Ad esempio, il terapeuta potrebbe riscontrare dal racconto del paziente una maggiore capacità di entrare in contatto con i propri stati interni, in modo consapevole, concreto e integrato, e di riuscire ad accedere alla memoria autobiografica e a processi emotivi ed affettivi che sono diventati più narrabili e condivisibili (Dimaggio, 2013). Gli indicatori clinici possono anche riguardare l'acquisizione di strumenti per poter chiedere aiuto in futuro (Lang, 2014).

Indicatori soggettivi riportati dal paziente

Infine, gli indicatori soggettivi riportati del paziente possono riguardare ciò che egli riferisce rispetto alla percezione del cambiamento del suo funzionamento intrapsichico e interpersonale nei vari contesti di vita, al di fuori dal *setting* terapeutico (Cionini, 2014). Tra gli indicatori soggettivi riportati dal paziente possiamo quindi includere la scomparsa del sintomo, la diminuzione della sofferenza e l'aumento del benessere riferito, oltre ad un miglioramento percepito nel suo funzionamento interpersonale e sociale rispetto al contesto culturale a cui appartiene. Tuttavia occorre prestare particolare attenzione nel caso di situazioni complesse, come gravi disturbi di personalità, poiché l'andamento fluttuante della patologia e la particolare sensibilità del paziente ad eventi di vita, possono rendere gli indicatori soggettivi fuorvianti e non attendibili, rispetto alla valutazione di un reale cambiamento (Dimaggio, 2013).

Il resoconto di questi indicatori può essere riferito spontaneamente dal paziente oppure il terapeuta può proporre un momento *ad hoc* in cui fare il punto della situazione e un bilancio di terapia. Il clinico può porre al paziente un elenco di domande per valutare l'acquisizione di nuove abitudini di vita, la capacità di autoironia e di sdrammatizzazione delle situazioni, la maggiore capacità di tollerare le frustrazioni e lo sviluppo di un atteggiamento intraprendente e attivo nella risoluzione dei problemi (DiGiuseppe et al., 2014).

Altri indicatori che possono suggerire al terapeuta che la terapia si sta avviando in modo naturale alla fase conclusiva possono essere l'esplicitazione del desiderio di voler concludere, la ridondanza dei contenuti portati in colloquio e la maggior autonomia del paziente nell'utilizzare le riflessioni della seduta al di fuori della terapia. Tendenzialmente questi indicatori sono associati ad un vissuto emotivo di gratitudine del paziente e alla soddisfazione del terapeuta (Manno, 2014).

Terapie concluse e terapie intermittenti

Un ultimo nodo da sciogliere, rispetto alla conclusione concordata della terapia, riguarda la "definitività" della chiusura del percorso.

Alcuni studi affermano infatti che i 2/3 dei pazienti ricontattano il terapeuta entro 3 anni dalla conclusione della psicoterapia (Gabbard e Lester, 1996). In questi casi sarebbe meglio parlare di terapie intermittenti (Kupers, 1988), che consistono in percorsi clinici che vanno incontro a sospensioni temporanee e successive riprese in corrispondenza dei periodi di crisi e difficoltà del paziente. Ciò spesso accade perché nel corso della vita, in concomitanza con eventi stressanti (traslochi, matrimoni, separazioni, nascite di figli, ecc), possono riaccutizzarsi certe fragilità e il paziente può sentire la necessità di chiedere nuovamente aiuto (Rovetto, 2014).

Al momento della conclusione ufficiale del percorso né il paziente, né il terapeuta possono sapere con certezza se sarà effettivamente l'ultimo colloquio che faranno insieme. Tuttavia, è possibile ipotizzare alcune modalità per fare previsioni circa un possibile ritorno del paziente in terapia. In particolare, può essere utile analizzare il suo vissuto storico ed attuale riguardo il tema della separazione e della perdita (Fordham, 1972), ad esempio, osservando la reazione del paziente e il grado di stress che egli prova in occasione di separazioni più o meno lunghe dal terapeuta (quando si avvicina la conclusione del colloquio, durante l'intervallo di tempo che intercorre tra una seduta e la successiva e in occasione delle interruzioni per le ferie). Un'altra modalità per poter prevedere il ritorno del paziente in terapia può essere quella di analizzare la solidità e la funzionalità delle strategie

di *coping* che egli sceglie di mettere in atto per far fronte alle difficoltà e la presenza di risorse interne ed esterne.

Riprendendo la definizione della fase finale del percorso terapeutico, il terapeuta che non considera la conclusione come una chiusura definitiva del percorso sceglie di lasciare la porta aperta, mantenendo la possibilità di riprendere il lavoro, una volta che il paziente ne sentisse la necessità (Telfener, 2014). Tuttavia è importante monitorare se, il fatto di accettare che il paziente torni in terapia sia una scelta consapevole, che fa parte di un progetto terapeutico, alla luce di una ipotesi clinica, piuttosto che frutto dell'incapacità del paziente di separarsi o di una difficoltà del terapeuta (Del Corno, 2014).

Il Drop – Out

In questo capitolo prenderemo in esame il fenomeno del “*drop out*”, a partire dalla sua definizione in ambito clinico, ovvero un'interruzione unilaterale prematura improvvisa del rapporto terapeutico da parte del paziente, senza che la scelta sia stata condivisa con il clinico.

Successivamente trarremo spunto dalla letteratura odierna per valutare l'incidenza del *drop out*, i fattori che possono aiutare a predire l'interruzione prematura della terapia, in particolare il ruolo delle rotture dell'alleanza terapeutica, e le interpretazioni alternative date al fenomeno.

Definizione

Il fenomeno del *drop out* può essere descritto attraverso definizioni che assumono sfumature diverse, a seconda dell'area di applicazione del concetto. Ad esempio, in ambito di ricerca, spesso sono considerati “*drop out*” quei pazienti che non finiscono il protocollo di trattamento prescritto, senza che questa decisione sia stata concordata con il clinico. In realtà, ci sono diversi modi per operationalizzare e misurare il fenomeno del *drop out*.

In ambito clinico, la conclusione prematura di un percorso terapeutico avviene quando un paziente decide di interrompere i contatti con il terapeuta, in assenza di una risoluzione/remissione clinica del disturbo o della problematica alla base della richiesta di aiuto e in mancanza di un accordo tra paziente e clinico riguardo l'interruzione del trattamento stesso (Swift e Greenberg, 2012; Swift et al., 2017).

Incidenza del fenomeno

Secondo una recente meta – analisi di Leichsenring et al. (2019), oggi circa il 20% dei pazienti termina la psicoterapia prematuramente indipendentemente dall'orientamento clinico del terapeuta, come risulterebbe da oltre 600 studi clinici (Swift e Greenberg, 2012; Swift et al., 2017).

Non sembrano esistere differenze tra gruppi diagnostici, ad eccezione dei disturbi di personalità e dei DCA, che mostrano tassi di *drop out* significativamente più elevati (25,6% contro 17,2% per i disturbi dell'umore e 16,2% per i disturbi d'ansia) (Swift e Greenberg, 2012).

Una recente meta-analisi ha scoperto inoltre che circa il 29% dei bambini e degli adolescenti interrompe prematuramente il trattamento (Fernandez et al., 2015).

Fattori predittivi

Gran parte della ricerca riguardo l'interruzione prematura e non concordata della psicoterapia è stata orientata all'individuazione di fattori che potessero spiegare e quindi predire il *drop out*, in primo luogo per individuare strategie di cura e di intervento più efficaci. Tuttavia, nonostante la grande frequenza delle interruzioni delle psicoterapie e la loro importanza sia dal punto di vista clinico che da quello scientifico, la nostra conoscenza dei possibili predittori di questo fenomeno è tuttora insoddisfacente (Clarkin e Levy, 2004; Lambert e Ogles, 2004). Tra gli elementi che ostacolano la ricerca e rendono difficile il confronto tra i diversi studi, ci sono in primo luogo la definizione non univoca del termine "*drop out*", la varietà dei motivi dietro all'interruzione della terapia, la diversità dei modelli di ricerca adottati e delle modalità di lavoro dei servizi pubblici e privati (Mazzotti et al., 2001).

Il primo esame della letteratura riguardo il *drop out* in psicoterapia si deve a Baekeland e Lundwall (1975), il cui lavoro consiste in una revisione critica degli studi effettuati nei venti anni precedenti il 1975, riguardanti l'abbandono della terapia nel settore pubblico. Gli autori hanno concettualizzato l'interruzione di un trattamento come il risultato dell'interazione tra tre tipi di fattori: variabili legate al paziente (fattori socio – demografici, clinici e di personalità), variabili legate al terapeuta (in particolare l'atteggiamento e lo stile terapeutico) e fattori esterni - ambientali (atteggiamenti dei familiari verso il trattamento, eventi di vita contingenti, trasferimenti, costi del trattamento, ecc...). Tra le variabili relative al paziente maggiormente indagate in studi successivi ci sono età, sesso, diagnosi psichiatrica, classe sociale, scolarità, razza e aspettative del paziente.

Corning e Malofeeva (2004) esaminando la letteratura esistente concludono che non siano stati ancora individuati fattori legati al paziente che influenzino la probabilità di interruzione anticipata.

Il ruolo dell'alleanza terapeutica e della sua rottura

Successivamente l'interesse della ricerca si è rivolto al processo terapeutico e alle dinamiche interazionali, in particolar modo al ruolo dell'alleanza terapeutica.

Nonostante gli odierni limiti della ricerca, emergono dati significativi che rafforzano l'idea che esista una relazione tra difficoltà nell'alleanza terapeutica ed elevato rischio di *drop out* (Piselli, 2010). In una ricerca di Paradisi et al. del 2015 in cui sono stati approfonditi i vissuti dei terapeuti in seguito all'interruzione improvvisa della terapia da parte dei pazienti, per mezzo di un'intervista semi strutturata ideata da Piselli (2010), emerge come nel 71% dei casi di *drop out*, i terapeuti avessero previsto l'interruzione del trattamento grazie al rilevamento di alcuni segnali. Oltre a problemi esterni alla terapia, al miglioramento sintomatologico o allo scarso *insight* del paziente, gli autori evidenziano segnali quali la tendenza a saltare le sedute, atteggiamenti che sottintendevano scarsa motivazione e problemi rilevati nella relazione terapeutica.

In letteratura sono elencati vari tipi di indicatori di rottura dell'alleanza, legati a microfratture che avvengono nel rapporto comunicativo tra paziente e terapeuta, o ad un disaccordo sugli scopi (obiettivi) o sui compiti specifici reciproci (strumenti, *setting*).

Rientrano nelle microfratture comunicative e negli indicatori relazionali, ad esempio, il fatto che il paziente comunichi con il sarcasmo sentimenti negativi, oppure che sia eccessivamente compiacente (Safran e Segal, 1990), sottoponendo il terapeuta a test per verificare il grado di attendibilità e sicurezza della relazione terapeutica (Weiss, 1993; Semerari, 1999; Liotti, 2001). Un altro segnale di crisi di tipo comunicativo - relazionale nell'alleanza terapeutica è la presenza di un ciclo interpersonale di sfiducia reciproca, tra terapeuta e paziente (Safran e Segal, 1990). Il terapeuta in questi casi si sente sfiduciato in modo cronico e pervasivo, si interroga sull'utilità della terapia in generale e spesso attribuisce la responsabilità del fallimento dell'alleanza al paziente, in quanto mancante di risorse e/o motivazione. Da parte sua, il paziente sfiduciato non crede né nelle risorse del terapeuta né nelle sue. Questo ciclo interpersonale di sfiducia reciproca spesso induce il *drop out*.

Anche uno scarso accordo su fini e mezzi della terapia può portare ad un'incomprensione tra paziente e terapeuta che può sfociare, se non riconosciuta ed affrontata, in una rottura vera e propria della relazione terapeutica.

Safran e Muran (2000) distinguono due tipi di rottura all'interno della relazione: rotture da ritiro (*withdrawal*) e da confronto (*confrontation*). Nel primo caso il paziente allontana le proprie emozioni dal dialogo terapeutico; invece, nelle rotture da confronto il paziente esprime più direttamente rabbia, risentimento e insoddisfazione nei riguardi del terapeuta o della terapia stessa.

Il ruolo dell'alleanza terapeutica, dunque, oltre ad essere fondamentale rispetto agli esiti dei trattamenti (Luborsky, 1996), appare rilevante anche per comprendere il fenomeno dei *drop out* (Lingiardi et al., 1999).

Interpretazioni alternative del fenomeno

Se inizialmente si tendeva a considerare queste premature interruzioni come fallimenti terapeutici, alcuni dati empirici recenti hanno rivelato che un'interruzione prematura può avvenire anche in circostanze in cui sono stati ottenuti risultati parziali, ma non per questo meno importanti (Freni, 1998).

La ricerca di Paradisi et al. (2015) precedentemente citata sembra sostenere questa ipotesi. Infatti nel 59% dei casi di *drop out* presi in esame, i terapeuti affermavano che gli utenti avevano manifestato un'evidente riduzione sintomatologica, nel 23% che erano diventati maggiormente consapevoli del proprio disturbo e solo nel 18% che non avevano in alcun modo beneficiato della terapia effettuata.

In un altro studio condotto da Pekarik (1992), i casi di *drop out* sono stati confrontati con quelli in cui la conclusione è avvenuta a completamento della psicoterapia. Nei soggetti interpellati in questo studio è emerso che un miglioramento sintomatologico era riferito sia da quanti avevano completato il percorso sia da una parte di coloro che lo avevano interrotto. Non tutti i *drop out*, dunque, erano motivati dai pazienti con l'insoddisfazione verso la terapia: in alcuni casi era stata proprio la percezione di aver ottenuto un miglioramento sintomatologico ad aver portato alla decisione di concludere prematuramente il percorso.

In relazione a quanto sopra affermato, risulta particolarmente interessante lo studio di Hynan (1990) che esplora le differenze tra *drop out* precoci e tardivi nel corso del trattamento, proponendosi, inoltre, di valutare anche le percezioni dei clienti riguardo ai terapeuti. Coloro che avevano interrotto precocemente il percorso adducevano, più frequentemente degli altri, impedimenti dovuti a situazioni esterne o insoddisfazione verso la terapia; invece, chi aveva scelto di interrompere in una fase più avanzata del trattamento faceva maggiormente riferimento ai miglioramenti ottenuti. Inoltre, in questo secondo gruppo, si rilevavano sentimenti maggiormente positivi nei confronti dei terapeuti, nei termini di rispetto percepito, calore emotivo e competenza professionale. Ciò, dunque, permette di ipotizzare che nel corso del trattamento si fosse instaurata una positiva alleanza terapeutica.

Un ulteriore punto di vista suggerisce la possibilità che alcune delle situazioni definite come "*drop out*" siano in realtà conclusioni sospese, in cui i pazienti, soddisfatti del percorso fatto, sono però reticenti ad effettuare una o più sedute conclusive e preferiscano, dunque lasciare la terapia "aperta", senza un momento formale di chiusura (Grasso e Rubano, 2011).

Leichsenring et al. (2019), suggeriscono un cambio di prospettiva ulteriore: dal vedere i *drop out* come un fenomeno unicamente negativo, al considerare il fatto che se adeguatamente studiati possano

dare informazioni preziose riguardo gli ostacoli che terapeuta e paziente si trovano a dover fronteggiare durante il processo della psicoterapia.

In conclusione dunque il fenomeno del “*drop out*” sembra essere legato a varie motivazioni, incluso un miglioramento nella stessa sintomatologia iniziale, contraddicendo la vecchia concezione che associava i casi di interruzione prematura unicamente a fallimenti terapeutici. Questo risultato, apparentemente paradossale, talvolta sembra correlato non tanto all’assenza di risultati soddisfacenti, quanto a specifiche difficoltà dei pazienti ad affrontare la fase conclusiva e la separazione dalla figura del terapeuta.

Vissuti di paziente e terapeuta nella fase conclusiva

In questo capitolo saranno presi in considerazione alcuni dei vissuti, delle emozioni e delle tematiche personali di paziente e terapeuta rilevanti nella fase conclusiva del percorso terapeutico. Verranno inizialmente presi in considerazione i vissuti di entrambi nel caso si verifichi una conclusione concordata della terapia e successivamente in caso di *drop out*.

Tem e vissuti nella conclusione concordata

Il paziente

Di fronte alla scelta condivisa di concludere il percorso terapeutico, il paziente potrebbe manifestare differenti atteggiamenti e reazioni.

Una prima situazione è quella in cui il paziente è soddisfatto del percorso fatto e prova ed esprime gratitudine al terapeuta. Alcuni contributi di ricerca mettono in evidenza come, in relazione alla conclusione della terapia, possano, infatti, venire riferite dai pazienti sensazioni positive di gioia, riconoscenza o desiderio di fare nuove esperienze (Marx e Gelso, 1987; Boyer e Hoffman, 1993; Roe et al., 2006).

Al contrario, in altre situazioni il paziente potrebbe assumere un atteggiamento critico rispetto al percorso fatto e trovare il coraggio di comunicare la sua insoddisfazione per mancanze e colpe che attribuisce al terapeuta (Fordham, 1972).

In altre circostanze ancora, il paziente potrebbe perfino sviluppare nuovi sentimenti di dipendenza, riattivando il sistema motivazionale di attaccamento, a scapito di quello collaborativo.

Spesso accade che la reazione del paziente all’imminenza della fine della terapia rievochi il problema principale alla base della richiesta iniziale di aiuto e riemergano conflitti esistenziali, che possono diventare oggetto di lavoro e di riflessione condivisa. Ad esempio, il terapeuta che

proponesse prematuramente ad un paziente con PTSD di concludere il percorso, potrebbe confermare implicitamente un *core belief* del paziente, del tipo “*sono di peso*”, “*la vita degli altri sarebbe migliore se non ci fossi*”, “*il mio terapeuta è contento di essersi finalmente liberato di me*”. In questo tipo di situazioni può essere utile proporre una fase di monitoraggio prolungata (ad esempio con un colloquio ogni 6 mesi) per mantenere comunque la relazione terapeutica e confutare la credenza di fondo (Liotti, 2014).

Nonostante le differenze, nel periodo finale in genere emergono emozioni comuni: rimpianto per gli obiettivi prefissati e non raggiunti, tristezza per la separazione dal terapeuta e gratitudine per ciò che è stato raggiunto (Fordham, 1972).

È possibile lavorare con il paziente sull’elaborazione della perdita attraverso l’esplorazione delle emozioni attuali (che possono essere tristezza, rabbia, soddisfazione per il lavoro fatto, delusione per i traguardi non raggiunti), la definizione di un bilancio realistico del lavoro compiuto (per evitare di idealizzare/svalutare il percorso fatto), l’esplorazione del post – terapia, con un atteggiamento di curiosità per le risorse liberate: tempo, denaro, disponibilità di figure di sostegno (Manno, 2014).

Il terapeuta

Alcuni temi privilegiati nella prospettiva del terapeuta, in caso di una conclusione concordata del percorso, possono essere la separazione e la perdita, il successo/fallimento e il perfezionismo (Manno, 2014).

Il tema della perdita, in particolare, è un nucleo centrale della conclusione di una terapia per entrambi gli elementi della diade. I sentimenti di tristezza per la separazione, infatti, non appartengono solo al paziente. Al fine di gestire al meglio la fase conclusiva del percorso, risulta dunque, fondamentale, che anche il terapeuta ne sia consapevole ed elabori i suoi temi personali di dipendenza o di perdita, prevedendo le conseguenze che questi possono avere sulle dinamiche interpersonali.

È importante, inoltre, che il terapeuta sia consapevole anche dei suoi temi di perfezionismo. Se il clinico non fa i conti con i suoi standard perfezionistici e con le sue idee di come “dovrebbe” stare e comportarsi il paziente, al termine della terapia, vi è, infatti, il rischio che il terapeuta tenda a procrastinare o evitare la conclusione, oppure, al contrario, che assuma un atteggiamento espulsivo e concluda troppo velocemente il percorso. Una chiusura procrastinata o anticipata, oltre che essere inutile, se non dannosa, rischia anche di rendere meno di valore il percorso fatto, agli occhi del paziente (Sassaroli, 2020).

È, invece, possibile e accettabile che il percorso si concluda prima che tutti gli obiettivi previsti siano stati raggiunti (DiGiuseppe, 2014), se il paziente manifesta questo desiderio o se non dispone, al momento, delle risorse e capacità necessarie al proseguimento della terapia.

Tem e vissuti nel drop out

Il paziente

Come nel caso della conclusione concordata, anche nel *drop out* i temi e i vissuti del paziente possono essere ambivalenti.

Alcuni studi che hanno intervistato pazienti che avevano interrotto il percorso psicoterapeutico hanno rilevato, infatti, che le principali motivazioni alla base della scelta, fossero non soltanto l'insoddisfazione verso la terapia o la presenza di fattori esterni ostacolanti ma, al contrario, anche la percezione di aver effettivamente ottenuto dei miglioramenti (Garfield, 1963; Acosta, 1980; Pekarik, 1983).

Questo dato contraddice uno dei punti di vista più frequenti, tra i clinici, ossia che queste interruzioni premature siano considerate prevalentemente come esiti fallimentari, variamente connessi alle resistenze dei pazienti (Rosenbaum e Horowitz, 1983; Lane, 1984).

Il terapeuta

Quando un paziente interrompe prematuramente il trattamento il terapeuta può reagire in modi differenti, in base alle aspettative che aveva riguardo la terapia, alla sua percezione di autoefficacia e competenza e alle interpretazioni che darà alla scelta del paziente. Ad esempio, un terapeuta può attribuire la responsabilità del *drop out* ad un suo errore tecnico o strategico, e dunque sperimentare senso di colpa, rabbia o rammarico, oppure ritenere che l'interruzione del trattamento sia dovuta a caratteristiche del paziente (ad esempio alla scarsa motivazione) e/o del problema per cui è venuto in terapia.

Le interpretazioni, i vissuti emotivi e le valutazioni del terapeuta possono contribuire ad innescare in lui insicurezza e sentimenti di sfiducia e dunque influenzare negativamente il suo lavoro. Ad esempio, alcuni terapeuti possono sentirsi respinti, abbandonati o traditi dai loro pazienti oppure delusi per la convinzione di avere fallito. Questi sentimenti possono interferire con la capacità di lavorare in modo efficace (Guy et al., 1989). Inoltre, per quei terapeuti la cui autostima è strettamente legata alla capacità di riuscire nel proprio lavoro e aiutare gli altri, la "perdita" di un paziente potrebbe assumere il ruolo di una "ferita narcisistica" (Ogrodniczuk et al., 2005). Alcune ricerche sottolineano

anche che i terapeuti possono reagire a queste esperienze dolorose accorciando la distanza o al contrario aumentandola eccessivamente con i pazienti futuri, antepoendo le proprie esigenze a quelle del paziente (Guy, 1987).

Emerge, inoltre, che l'interruzione anticipata della terapia da parte del paziente risulti la terza fonte di stress tra psicologi, psichiatri e assistenti sociali (Farber, 1983). Pekarik (1985), infine, ritiene che tali vissuti di insoddisfazione nei confronti del proprio lavoro possono concludersi con un *burnout*.

Un altro filone di ricerche, invece, ha evidenziato che non sempre l'interruzione improvvisa di terapia è associata ad un vissuto negativo del terapeuta. Ne è un esempio la ricerca precedentemente citata di Paradisi et al. del 2015, in cui sono stati approfonditi i vissuti dei terapeuti in seguito al *drop out* utilizzando un'intervista semi strutturata ideata da Piselli (2010). Nel 50% dei casi i terapeuti affermavano di aver provato tristezza e dispiacere, nel 39% riportavano emozioni non negative (sollievo, indifferenza), nel 5,5% dei casi sono state registrate emozioni di rabbia e nel restante 5,5% senso di colpa. È interessante, inoltre, notare che solo nel 47% dei casi analizzati i terapeuti abbiano ritenuto influenzata dal *drop out* la loro percezione di competenza e che il 75% di questa categoria abbia riconsiderato l'evento in chiave positiva, come occasione di crescita professionale e di apprendimento dagli errori commessi.

La Buona Chiusura Del Percorso Terapeutico

Nella prima parte di questo capitolo saranno presi in considerazione alcuni prerequisiti fondamentali ad una chiusura serena e naturale del percorso psicoterapeutico. Una particolare attenzione sarà rivolta al ruolo rivestito dalla costruzione di una solida alleanza terapeutica.

Nella seconda parte del capitolo saranno descritte alcune buone prassi cliniche suggerite per la chiusura del percorso terapeutico.

Prerequisiti ad una buona chiusura

Una prima interessante riflessione parte dall'assunto che la chiusura di un percorso terapeutico dipenda in buona misura dalla sua apertura (Moderato, 2014).

Nelle fasi iniziali di una psicoterapia, in particolar modo durante l'*assessment*, la comprensione del problema e la restituzione al paziente, si gettano le basi per la costruzione di una solida alleanza terapeutica. Come già precedentemente affermato, il ruolo dell'alleanza terapeutica è stato dimostrato sia in rapporto al fenomeno del *drop out* (Lingiardi et al., 1999) che rispetto agli esiti dei trattamenti (Luborsky, 1996).

Essa è definita come “un reciproco accordo riguardo agli obiettivi (*goal*) del cambiamento e ai compiti (*task*) necessari per raggiungere tali obiettivi, insieme allo stabilirsi dei legami (*bond*) che mantengono la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico” (Bordin, 1979).

Da una meta-analisi recente, emerge una correlazione tra alleanza terapeutica, aspettative del paziente e rischio di *drop out*: una maggior trasparenza rispetto alla sua condizione e al trattamento permette di far emergere da subito le aspettative del paziente, offrendo una visione realistica (e condivisa) degli obiettivi raggiungibili (“*setting goals*”) (Swift JK et al., 2012). In questo modo sarà possibile affrontare resistenze, ambivalenze o dubbi del paziente fin dalle fasi iniziali del percorso e gestire tempestivamente eventuali rotture dell’alleanza.

Per favorire ulteriormente la costruzione di una buona alleanza terapeutica, risulta, inoltre, fondamentale impostare fin dall’inizio un processo condiviso di *decision-making*, fondato sul principio dell’empirismo collaborativo, a partire dalla negoziazione degli obiettivi da perseguire.

Essendo l’alleanza un processo dinamico di continua negoziazione intersoggettiva (Safran e Muran, 2000), è fondamentale che il clinico presti grande attenzione alla relazione terapeutica. È importante che egli riconosca e diventi consapevole delle dinamiche che avvengono al suo interno, identificando “campanelli d’allarme” e problemi nella terapia ed intervenendo per riparare lo strappo relazionale e ridimensionare il rischio di *drop out*, ad esempio ri-negoziando obiettivi e mezzi.

Il superamento delle rotture terapeutiche, infatti, è fondamentale, nel percorso psicoterapico, tanto che la capacità della diade di gestire in modo flessibile queste oscillazioni potrebbe, in alcuni casi, rappresentare un effettivo obiettivo terapeutico. (Safran e Muran, 2000). Data l’importanza della consapevolezza del clinico di ciò che accade all’interno della relazione terapeutica, affinché possa poi intervenire per preservarla o ripararla, diventa molto importante il lavoro di auto – supervisione (facilitata, ad esempio, da una serie di domande aperte, come suggerito da De Silvestri (1999)) e di supervisione esterna.

Buone prassi e momenti chiave della fase conclusiva

Facendo riferimento alla letteratura disponibile, in questo paragrafo si tenterà di identificare alcune buone prassi e momenti importanti dell’ultima fase del percorso terapeutico.

La chiusura come parte del setting

Un primo momento consiste, in fase di costruzione del *setting*, nell’includere la chiusura del percorso nel contratto terapeutico. L’esperienza clinica suggerisce, infatti, l’importanza di anticipare

al paziente per tempo, se non addirittura nelle fasi iniziali del percorso, che la terapia è un aiuto temporaneo e che prima o poi avrà una fine. La chiusura in questo modo non sarà improvvisa, ma prevista e parte integrante del progetto terapeutico (Rovetto, 2014). Verrà dunque un momento in cui paziente e terapeuta riscontreranno la presenza di condizioni perché ci si avvii alla fine del percorso e progetteranno insieme la sua conclusione (Del Corno, 2014).

La proposta

Un secondo momento cruciale nella fase finale del percorso è quello in cui si condivide consapevolmente che uno dei due membri della diade terapeutica ritiene ci siano i presupposti per progettare una chiusura. I prerequisiti per la conclusione possono essere individuati, in particolar modo, attraverso l'utilizzo di indicatori oggettivi quantitativi (test e questionari), clinici qualitativi (osservazioni del clinico) e soggettivi riportati dal paziente (miglioramento della sintomatologia, benessere riferito, ecc...).

Può essere utile sondare quanto il paziente si senta disposto ad andare avanti da solo, utilizzando nella sua quotidianità quanto scoperto e appreso in terapia. Infatti, è importante in questa fase che il paziente percepisca di avere *agency* nella terapia e che senta di poter negoziare insieme al terapeuta tempi e modi e non di subire passivamente la decisione (Dimaggio, 2014).

Il bilancio

Segue, successivamente, una fase di bilancio del lavoro fatto, in cui si verificano insieme gli obiettivi raggiunti.

In questa fase può essere interessante suggerire al paziente di redigere una nuova autocaratterizzazione, per confrontarla con quella fatta in *assessment* ed evidenziarne somiglianze e differenze.

Talvolta, è possibile che, in questa fase di osservazione emergano nuove aree di lavoro, precedentemente non esplorate. Con i pazienti restii a condividere col terapeuta difficoltà che considerano secondarie o poco importanti può essere buona prassi chiedere esplicitamente se ci siano altri obiettivi o problemi su cui vorrebbe lavorare (DiGiuseppe et al., 2014). Clinico e paziente decideranno insieme se procedere ad una nuova rinegoziazione degli obiettivi o se non ci siano le condizioni per lavorare su ciò che è emerso.

Progettare la chiusura

Un quarto momento della fase conclusiva riguarda la progettazione e negoziazione vera e propria della chiusura: in questa fase paziente e terapeuta decidono insieme come avverrà la conclusione del loro percorso terapeutico. Potrebbero, ad esempio, scegliere di iniziare con il dilazionamento della frequenza delle sedute (ad esempio, da settimanale a quindicinale e poi mensile), poi stabilire alcuni *follow up* a distanza di tempo (ad esempio, 6 mesi, poi 1 anno) e infine concordare un contatto telefonico di monitoraggio.

Una separazione graduale permette al paziente di sperimentare occasioni per continuare a lavorare in autonomia, in modo che il processo terapeutico continui nella quotidianità.

Il progetto di conclusione è strettamente legato alla coppia terapeutica ed è fondamentale che sia adattato con flessibilità ad ogni paziente e circostanza. Talvolta, la conclusione della terapia può assumere le sembianze di un ossimoro: la terapia finisce con un'ultima fase che implica il continuare a vedersi, attraverso sedute di *follow up* (Liotti, 2014).

Nella fase di progettazione è importante tener conto dell'analisi delle paure del paziente e dei fattori che ne costituiscono le vulnerabilità, prevedendo insieme che, in alcune specifiche fasi di vita che potrebbero compromettere il suo equilibrio (lutti, matrimoni, figli), egli possa avvertire l'esigenza di tornare in terapia e riprendere il percorso interrotto (Canevaro, 2014). Talvolta, questa scelta può essere interpretata dal paziente come il fallimento del progetto (Goisis, 2014). È invece importante che il ritorno del paziente sia considerata una possibilità, all'interno del progetto stesso di conclusione del percorso. Dunque, avvisare il paziente che, in occasioni di particolari eventi stressanti potrebbe verificarsi una ricaduta, e aiutarlo a comprendere e accettare questa possibilità, gli consente di ridurre l'autocritica e l'auto-colpevolizzazione e di guardare con fiducia alla possibilità di tornare in terapia (DiGiuseppe et al, 2014).

Oltre all'analisi delle paure e delle vulnerabilità può essere importante analizzare insieme le risorse interne (come strategie di *coping*, capacità metacognitive, abilità creative...) ed esterne (come relazioni interpersonali positive e stabili) di cui dispone il paziente, in modo da includere anche queste nel progetto di conclusione.

Attuare il progetto

L'ultimo momento della chiusura del percorso consiste nell'attuazione del progetto di conclusione della terapia. Ciò può avvenire con il proseguimento degli incontri dilazionati e con i *follow up*, oppure con un'ultima seduta conclusiva.

In questo secondo caso alcuni clinici suggeriscono di lasciare il paziente con un dono simbolico. Ad esempio, traendo spunto da colleghi sistemico – costruttivisti può essere regalato il genogramma con la linea della vita del paziente in cui sono segnati gli eventi per lui importanti (Telfener, 2014).

Allo stesso modo, Robert Kohlenberg (esponente della FAP – *Funcional analitic psycotherapy*), suggerisce l'utilizzo di una lettera al cliente di fine terapia, scritta a mano, in cui il terapeuta descrive principalmente i risultati e progressi della terapia, le qualità del paziente che lo hanno colpito, che cosa si porta a casa dal lavoro fatto insieme, che cosa ricorderà di lui e che cosa gli augura e consiglia per il futuro. Una procedura simile era utilizzata anche da Anthony Riley, nel 1970 (Moderato, 2014).

Può, infine, essere importante che il paziente termini la terapia con alcune raccomandazioni finali su come continuare a trarre profitto dalla terapia una volta conclusa. Emerge infatti dalla letteratura che molti pazienti riportino di aver osservato risultati maggiori a distanza di un certo periodo di tempo dalla conclusione della terapia, una volta deciso di applicare con convinzione quanto imparato dal percorso nella vita quotidiana (DiGiuseppe et al., 2014).

Un ultimo obiettivo terapeutico può dunque essere quello di massimizzare la generalizzazione della terapia nella vita reale, estendendo i risultati ottenuti nel corso del tempo e nella gestione di diversi problemi. DiGiuseppe et al. (2014) offrono un elenco di suggerimenti per raggiungere questo scopo: leggere libri e articoli legati al percorso fatto, esercitare le abilità legate al “pensare in modo diverso”, fare pratica di quanto imparato, tenendosi allenati, costruire la tolleranza e l'empatia, prevenire il ritorno di perfezionismo e grandiosità e ricercare attivamente la felicità, facendo attività intrinsecamente divertenti e gratificanti.

Conclusioni

Il tema della fase conclusiva di un percorso di psicoterapia è affascinante, complesso e sfaccettato. Come esposto in questo elaborato, il processo di chiusura dipende da molti fattori. Esso, infatti, può essere influenzato dal modello di riferimento del terapeuta, dal modo in cui egli concepisce la fase finale del percorso, dal disturbo del paziente e dalla complessità del quadro diagnostico, dalla qualità della relazione ed alleanza e dagli stati mentali e dai vissuti emotivi di entrambi.

Talvolta, inoltre, si percepisce un frustrante scollamento tra la condizione ideale di psicoterapia e la pratica clinica quotidiana, in cui possono intervenire fattori che ostacolano o rendono meno naturale e lineare il processo di conclusione della terapia.

In questi casi, può essere sano, importante e funzionale assumere un atteggiamento flessibile e fare il meglio che è umanamente possibile, con il tempo, le energie e gli strumenti di cui si dispone, abbandonando tendenze perfezionistiche e aspettative irrealistiche.

Nella realtà dei fatti, ogni paziente è unico, come lo è anche ogni terapeuta e ogni relazione terapeutica. Probabilmente sarebbe possibile affermare che esistono tante modalità di conclusione di un percorso quanti sono i pazienti, poiché ogni aspetto di una psicoterapia, comprese le sue battute finali, è in relazione all'unicità specifica di ogni singola persona e di ogni coppia terapeutica.

Considerare la fase finale del percorso come parte integrante del progetto terapeutico e, dunque, regola e confine del *setting*, permette di evitare di incorrere in terapie interminabili (Novick, 1988), in cui fallisce l'idea dell'intervento psicoterapeutico come percorso definito, con una sua durata e con le sue finalità.

Progettare insieme i tempi e i modi della fase conclusiva, permette di incrementare la percezione di *agency* del paziente e, contemporaneamente, offre l'occasione di esprimere bisogni, paure, aspettative, che diventano oggetto di lavoro terapeutico, anche in un'ottica di prevenzione delle ricadute.

Infine, verbalizzare (e normalizzare) che il paziente, ad un certo punto della sua vita, possa sentire la necessità di riprendere il percorso terapeutico, diventa indispensabile affinché egli non consideri un fallimento chiedere nuovamente aiuto e non si colpevolizzi. Dunque, comunicargli che la porta della stanza di terapia resterà sempre aperta per lui, qualora desiderasse tornare, può contribuire ad un cambiamento di prospettiva, decastrorizzando l'evenienza di una ricaduta e permettendo al paziente di guardare con fiducia alla possibilità di riprendere in futuro il percorso terapeutico (DiGiuseppe et al., 2014).

Bibliografia

- Acosta, F.X. (1980). Self-described reasons for premature termination of psychotherapy by Mexican American, Black American, and Anglo-American patients. *Psychological Reports*, 47, 435-443.
- Aringolo, K. (2006). Il drop out nei disturbi di personalità: una review degli studi degli ultimi vent'anni. *Cognitismo clinico*, 3, 1, 41-56.
- Beck, J. S. (2002). *Terapia cognitiva*. Milano: Mediserve
- Beakeland, F. & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. "Psychological Bulletin", 82, 738-783.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16 (3), 252-260.
- Boyer, S.P. & Hoffman, M.N. (1993). Counselor Affective Reactions to Termination: Impact of Counselor Loss History and Perceived Client Sensitivity to Loss. *Journal of Counseling Psychology*, 40 (3), 271-277.

- Canevaro, A. (2014), Cionini, L. (2014), Del Corno, F. (2014), Dimaggio, G. (2013), Goisis, R. (2013), Lang, M. (2014), Lingiardi, V. (2014), Liotti, G. (2014), Maffei, C. (2014), Moderato, P. (2014), Rovetto, F. (2014), Sanavio, E. (2014), Scrimali, T. (2014), Sorrentino, A.M. (2014) & Telfener, U. (2014). Ciclo di interviste: I grandi clinici italiani. *State of Mind*, il giornale delle scienze psicologiche.
- Chiappelli, M., Gullo, S., Lo Coco, G. & Bensi, L., (2008) L'outcome – questionnaire 45.2. Adattamento italiano di uno strumento per la valutazione dei trattamenti psicologici. *Riv. Epidemiologia e psichiatria sociale*, 17, 2.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In Lambert M.J. (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley & Sons.
- Corning, A.F., & Malofeeva, E.V. (2004). The application of survival analysis to the study of psychotherapy termination. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 354–367.
- De Silvestri, C. (1999). *Il mestiere di psicoterapeuta*. Roma: Astrolabio.
- De Simone G. (1994). *La conclusione dell'analisi*. Roma: Borla.
- DiGiuseppe, R.A., Doyle, K.A., Dryden, W. & Backx W. (2014), *Manuale di terapia razionale emotiva comportamentale*, Milano, Raffaello Cortina Edizioni.
- Elliot, R. & Rodgers, B. (2008) *Client Change Interview - revised version*.
- Etchegoyen, R.H. (1986). *Los fundamentos de la tecnica psicoanalitica*. Buenos Aires: Amorrortu. Editores; trad. it. *I fondamenti della tecnica psicoanalitica*. Roma: Astrolabio, 1990.
- Fernandez, E., Salem, D., Swift, J.K. et al. (2015). Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *J Consult Clin Psychol*; 83:1108-22.
- Ferraro, F. & Garella, A. (2001). *In-fine: Saggio sulla conclusione dell'analisi*. Milano: Franco Angeli.
- Foddis, C. & Grasso, M. (2008). *La conclusione delle psicoterapie nei servizi pubblici di salute mentale: un'indagine sulla rappresentazione narrativa del processo clinico in un gruppo di operatori*. *Giornale di Psicologia*, Vol. 2, No. 3, 2008. ISSN 1971-9558.
- Fordham, M. (1972). *Il successo ed il fallimento della psicoterapia visto attraverso la sua fase conclusiva*, *Rivista di psicologia analitica*.
- Freni, S. (1998). Editoriale: Perché un'ennesima rivista? *Ricerca in Psicoterapia*, 1.
- Furlani, F.A.P., Landini, A. & Manno, F. (2014) *La conclusione della terapia: tre terapeuti aprono la discussione riflettendo sulle proprie trame relazionali*, Genova Congresso SITCC.
- Gabbard, G.O. & Lester, E. (1996) *Violazioni del setting*. Milano, Cortina.
- Gabbard, G.O. (2004). *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy*. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc; trad. it. *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
- Garfield, S.L. (1963). A note on patients' reasons for terminating therapy. *Psychological Reports*, 13, 38.
- Grasso, M. & Rubano, C. (2011). Il tabù della separazione in psicoterapia: Una Grounded Theory del punto di vista dei pazienti sulla conclusione dell'esperienza psicoterapeutica. *Giornale di Psicologia*, 5 (1-2), 68-84.
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley
- Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*.
- Hynan, D.J. (1990). Client reasons and experiences in treatment that influence termination of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (6), 891-895.
- Kupers, T.A. (1988). *Ending therapy: The meaning of termination*. New York: New York University Press; trad. it. *La conclusione della terapia*. Roma: Astrolabio, 1992.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley. M. J. Lambert (Ed.).
- Lane, R.C. (1984). The difficult patient, resistance, and the negative therapeuting reaction: A review of the literature. *Current issues in psychoanalytic practice*, 1 (4), 83- 106.
- Leichsenring, F., Sarrar, L. & Steinert, C. (2019). Drop – outs in psychotherapy: a change of perspective. *World Psychiatry*, 18 (1): 32–33.
- Lingiardi, V., Lonati, C., Delucchi, F., Fossati, A., Vanzulli, L. & Maffei, C. (1999). Defense Mechanisms and Personality Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4):224-8
- Liotti, G., & Monticelli, F. (2014). *Teoria e clinica dell'Alleanza Terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*, Milano: Cortina Editore.

- Liotti, G. (2001) *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: R. Cortina.
- Luborsky, L. (1996), *Therapeutic Alliances as Predictors of Psychotherapy Outcomes: Factors Explaining the Predictive Process*. A.O. Horvath, L.S. Greenberg (Eds.).
- Maffei, G. (1992). *La conclusione dell'analisi*. *Rivista di Psicologia Analitica* (numero monotematico), 46/92.
- Marx, J.A., & Gelso, C.J. (1987). *Termination of individual counseling in a university counseling center*. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (1), 3-9.
- Mazzotti, E., Pasquini, P. & Barbato M. (2001) *Il drop-out nei servizi psichiatrici ambulatoriali. Entità del fenomeno e fattori associati*. *Rivista di psichiatria*. Volume 36 Numero 1° gennaio-febbraio 2001.
- Michielin, P., Bertolotti, G., Sanavio, E., Vidotto, G. & Zotti, A.M. (2009) *Manuale d'uso del CBA-VE: Test per valutare l'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici*.
- Novick, J. (1988). *The Timing of Termination*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 307-318.
- Ogrodniczuk, J.S.; Joyce, A.S. & Piper, W.E. (2005). *Strategie per ridurre l'interruzione prematura della psicoterapia iniziata dal paziente*. *Harvard Review of Psychiatry*. 13 (2): 57-70.
- Paradisi, G., Capo, R., Saettoni, M. & Gragnani, A. (2015). *La valutazione del drop out in un campione di terapeuti*.
- Pekarik, G. (1992a) *Relationship of clients' reasons for dropping out of treatment to outcome and satisfaction*. *Journal of Clinical Psychology*. New York, 48 (1): 91-8.
- Pekarik, G. (1992b), *Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment*. *Journal of Clinical Psychology*. New York, 48, 379-387.
- Pekarik, G. (1983). *Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment*. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 909-913.
- Pekarik, G. (1985). *Coping with dropouts*. *Professional Psychology: Research and Practice*. New York, 16, 114-123.
- Piselli, A. T. (2010) *What went wrong? Therapist's reflection on their role in premature termination*. University of Massachussets.
- Roe, D., Dekel, R., Harel, G., & Fenning, S. (2006). *Client's feeling during termination of psychodynamically oriented psychotherapy*. *Bulletin of Menninger Clinic*, 70 (1), 68-81.
- Rosenbaum, R., & Horowitz, M. (1983). *Motivation for psychotherapy*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 36-354.
- Rossi, A. et al. (2008) *Il drop out nella terapia cognitivo-comportamentale: risultati da uno studio-caso controllo*. *Cognitivismo clinico*, 5, 2, 156-173.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J.D & Segal, Z.V. (1990). *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*. trad.it. Feltrinelli, Milano, 1993.
- Semerari, A. (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: R. Cortina.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). *Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80 (4), 547-559.
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Tompkins, K. A., & Parkin, S. R. (2017). *Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons*. *Psychotherapy*, 54(1), 47-57.
- Weiss, J. (1993). *Come funziona la psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri (1999).
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). *A meta-analysis of psychotherapy dropout*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.

Rachele Novaro, Psicologa, Psicoterapeuta
Specializzata in psicoterapia cognitiva, APC Verona
Training Mansutti-Nisi
e-mail: rachele.nvr@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

Sfidarsi per esistere: ragazzi intrappolati nella rete tra vecchie e nuove forme di violenza

Maria Lucia Disabato¹, Francesca Filograsso¹, Maria Grazia Foschino Barbaro²

¹Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari, Italia

²Direttore Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari, Italia

Riassunto

I bambini e gli adolescenti sono esposti quotidianamente a rischi e sfide online, come challenges estreme e contenuti dannosi, nel tentativo di consolidare la propria identità. Tra i giovani, esistono fasce più vulnerabili ai pericoli del Web, i cui fattori di vulnerabilità sono stati accentuati dalla pandemia Covid-19 e dalle relative misure restrittive. L'obiettivo di questo articolo è illustrare le principali caratteristiche di questi fenomeni ed evidenziare i fattori di protezione del Web, individuando possibili strategie rivolte a genitori, insegnanti e professionisti della salute mentale per promuovere, nei più giovani, modalità di navigazione più sicure e adattive. Risulta fondamentale attivare tempestivamente programmi di intervento che siano efficaci per bambini e adolescenti sfruttando le risorse del Web, come app e telepsicologia.

Parole Chiave: Web, challenges, social network, minorenni e vulnerabili.

Challenging each other to exist: young people trapped in the web between old and new forms of violence

Summary

Daily children and adolescents are exposed to risks and temptations online such as extreme challenges and harmful contents, in an attempt to consolidate their identity. Among young people, some groups are more vulnerable to the Web's dangers and the Covid-19 pandemic and related restrictive measures have exacerbated their fragility factors. The goal of this article is to illustrate the main characteristics of these phenomena and highlight the Web's protection factors, by identifying possible strategies aimed at parents, teachers and mental health professionals to promote a safer and more adaptive internet browsing in the youngest people. It is essential to implement promptly intervention programs that are effective for children and adolescents by taking advantage of Web's resources, such as apps and telepsychology.

Key words: Web, challenges, social network, minors and vulnerability

Disabato et al., Sfidarsi per esistere: ragazzi intrappolati nella rete tra vecchie e nuove forme di violenza N. 29, 2022, pp. 100-116.

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

La società odierna è stata caratterizzata dall'avvento dell'era digitale e dell'utilizzo di internet; ciascuno di noi usufruisce della connessione alla rete per accedere ad informazioni e servizi utili per la quotidianità, senza alcun limite spaziale e temporale. Protagonisti assoluti di questo flusso sono i giovanissimi, i nati nel Terzo Millennio, spesso definiti *nativi digitali*, cresciuti in un ambiente in cui la vita reale e quella virtuale sono incorporate tra loro (F. Russo et al., 2020). Il termine nativi digitali, coniato da Prensky nel 2001, si riferisce a tutti gli individui che, fin dalla nascita, hanno imparato a conoscere e utilizzare costantemente computer, videogiochi, lettori di musica digitale, videocamere, smartphone e tutti gli altri strumenti dell'era digitale. L'autore afferma che una conseguenza inevitabile di tale fenomeno consiste nella consapevolezza che questi ragazzi codificano ed elaborano le informazioni in maniera totalmente differente dai loro predecessori.

All'interno di questo scenario, gli adolescenti sono chiamati ad assolvere un compito evolutivo fondamentale, quale la costruzione e il consolidamento della propria identità attraverso la sperimentazione di sé in ambiti extrafamiliari (amicali, sociali e sessuali) e l'acquisizione di ruoli definiti e stabili; il consolidarsi di una identità ben definita si configura, quindi, come elemento essenziale per il raggiungimento del benessere psicofisico (Lancini, 2019). Nella società moderna questo processo avviene soprattutto attraverso una iperconnessione ed un utilizzo illimitato della rete che diventa, così, luogo di elaborazione dei propri vissuti e delle proprie esperienze emotive. Diviene quindi fondamentale comprendere quando e in che modo la rete esercita una funzione di supporto o di ostacolo per una corretta realizzazione dei compiti evoluti: se da una parte usufruire di internet e delle novità del Web 2.0 può aiutare e sostenere i giovani in questa importante transizione, dall'altra un utilizzo inappropriato può esporli al rischio di restare intrappolati nella realtà virtuale (Volpi, 2021).

Al fine di cogliere tempestivamente i diversi segnali di disagio manifestati dai giovani, si rivela fondamentale l'individuazione e la comprensione delle motivazioni alla base delle condotte disfunzionali online. Tale processo appare, dunque, indispensabile per realizzare programmi ed interventi efficaci, orientati a comportamenti maggiormente costruttivi e adattivi.

Strumenti tecnologici e bisogni evolutivi

Negli ultimi anni il Web 2.0 ha trovato la sua massima espressione attraverso lo sviluppo dilagante dei social network, dando vita ad un nuovo spazio digitale in cui la multimedialità consente la

condivisione di contenuti e l'interazione continua. Il termine Web 2.0 è stato introdotto nel 2005 da Tim O'Reilly e Dale Dougherty, rispettivamente presidente e vice-presidente della O'Reilly Inc., per indicare una significativa evoluzione del mondo digitale rispetto al precedente Web 1.0. Mentre fino agli anni Novanta, con il Web 1.0, l'interazione tra Internet e utente era fortemente limitata e in alcuni casi completamente assente, il Web 2.0 rappresenta, invece, l'insieme di tutte le applicazioni online che permettono l'interazione in tempo reale, la condivisione e la partecipazione (Morriello, 2010).

Nel Febbraio 2004, Mark Zuckerberg, Andrew McCollum e Eduardo Saverin hanno dato alla luce il social Facebook, rivolto inizialmente soltanto agli studenti di Harvard e successivamente aperto a tutti gli utenti maggiori di 13 anni; in Italia la diffusione di Facebook risale al 2008. La nascita di Twitter avviene, invece, nel 2006, grazie allo statunitense Jack Dorsey, con l'intenzione di permettere agli utenti di condividere messaggi in soli 140 caratteri (oggi 280); tuttavia Twitter ha conquistato il vero successo soltanto nel 2011, passando da circa 100 milioni di utenti a 200 milioni nel giro di pochi mesi. Nel 2010 viene resa disponibile per la prima volta la piattaforma Instagram che permette agli utenti di scattare foto, modificarle attraverso dei filtri e poi condividerle via Internet; la più grande innovazione della piattaforma si è avuta con l'introduzione delle stories, contenuti foto e video di una durata massima di 15 secondi visibili solamente per 24 ore. Infine, il più recente tra i social di successo è Tiktok, che nasce con il nome di musical.ly nel Settembre 2016; l'app per smartphone è ideata per creare brevi clip video della durata massima di 60 secondi, per poi modificarli, utilizzando canzoni per creare balletti ed effetti particolari (Marwick, 2018). Le piattaforme menzionate sono ormai onnipresenti nella nostra quotidianità e, grazie alla loro facile fruizione, accentuata anche dall'utilizzo delle app degli smartphone, rappresentano nuove normalità anche per i più piccoli. Il report aggiornato EU Kids Online (2020), che monitora annualmente i rischi e le opportunità del mondo digitale per i minorenni in Europa, ha stimato che il tempo giornaliero trascorso online dai giovani è più che raddoppiato dal 2010 e inoltre, l'84% dei ragazzi italiani naviga principalmente tramite smartphone.

In particolare, i dati più recenti hanno mostrato come l'età in cui i più piccoli iniziano a prendere dimestichezza con smartphone e tablet si è abbassata sempre di più negli ultimi anni. Questo dato rappresenta per i genitori una nuova sfida: il divario generazionale e le scarse competenze digitali ed informatiche degli adulti non devono costituire un alibi per assumere un ruolo passivo e osservare con indifferenza l'evolversi e l'espandersi di questo fenomeno. I genitori, in accordo con le diverse agenzie educative, hanno il compito di fornire una guida e un accompagnamento al fine di favorire un utilizzo consapevole e responsabile della tecnologia da parte dei loro figli, soprattutto i più piccoli,

durante i primi momenti di conoscenza dei dispositivi digitali (Valle, 2021). Se questo bisogno di guida non viene adeguatamente soddisfatto durante l'infanzia, vi è il rischio che i bambini soddisfino le loro curiosità e inizino ad esplorare il mondo virtuale in completa autonomia, senza alcuna protezione o sicurezza da parte dei genitori. Allo stato attuale, i bambini e gli adolescenti solitamente intraprendono una prima fase di sperimentazione del sé nella rete tramite la creazione del profilo personale sui social network.

Le funzionalità dei social network (post, stati, stories, ecc.) prevedono che gli utenti si esponano attraverso contenuti multimediali (audio, testo, video e foto) eliminando il confine tra la dimensione pubblica e quella privata; questa iperesposizione è diventata un'abitudine sempre più diffusa soprattutto tra bambini e adolescenti. Basti pensare che secondo i dati più recenti, l'app TikTok è stata la più scaricata al mondo nel 2018, con circa mezzo miliardo di utenti di cui la maggior parte ha un'età inferiore ai 18 anni (Volpi, 2021). I giovani, attraverso i propri profili personali hanno occasione di farsi conoscere senza alcun limite, dando spesso vita ad una escalation nella condivisione dei contenuti il cui culmine viene raggiunto nella spettacolarizzazione di ogni aspetto della vita privata. Questo meccanismo diventa rischioso nel momento in cui l'espressione del sé viene guidata da codici comunicativi e canoni stabiliti dalla popolarità in rete; bellezza, ricchezza e successo sono i tipi di espressione maggiormente apprezzati e rappresentano gli strumenti con cui ottenere like e followers, soddisfacendo così il bisogno di essere visti e riconosciuti dall'altro.

Per quanto ciò non stupisca, questo processo risulta disfunzionale nella misura in cui i più giovani, la cui identità è ancora in fase di formazione, sono portati ad enfatizzare soltanto gli aspetti di sé positivi e spesso illusori, ma coerenti con i canoni più popolari, e a trascurare ed evitare di prendere contatto con quelli che sono i propri stati emotivi negativi (Lancini, 2019).

Vecchie e nuove forme di violenza

L'unico fenomeno psicosociale attualmente riconosciuto sul piano giuridico come forma di violenza digitale tra i pari è il *cyberbullismo*, definito come “forma di aggressività intenzionale agita da un individuo o da un gruppo di persone nei confronti di un singolo, attuata nello spazio virtuale attraverso l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nei confronti di una vittima che non può facilmente difendersi...” (CISMAI, 2019). Tale fenomeno pur mantenendo elementi di continuità con il bullismo, di cui la letteratura ha ampiamente approfondito le caratteristiche, presenta specifiche peculiarità: l'anonimato che consente al cyberbullo di non essere identificato, facilitando

il processo di deresponsabilizzazione; la pervasività che espone la vittima alle prevaricazioni in ogni momento e luogo; la distanza interpersonale che impedisce un coinvolgimento empatico e morale; la velocità di comunicazione; il rovesciamento dei ruoli in cui la vittima può facilmente diventare carnefice attraverso l'utilizzo dell'anonimato. Una recente meta-analisi di Zych e collaboratori (2019), adottando un approccio ecologico, ha identificato diversi fattori di rischio per la cybervittimizzazione: al livello individuale si fa riferimento ad un basso autocontrollo, scarsa empatia, elevati livelli di ansia e aggressività, utilizzo eccessivo delle nuove tecnologie e la presenza di esperienze passate come vittima di bullismo, mentre rispetto alla rete familiare e sociale, elevati livelli di conflittualità familiare e un basso supporto percepito dai pari costituiscono potenziali fattori di rischio per le cybervittime (Zych et al., 2019). Gli studi più recenti hanno riportato che Facebook e Twitter costituiscono le piattaforme maggiormente utilizzate dai cyberbulli al fine di danneggiare il loro target. I cyberbulli potrebbero pubblicare in forma anonima o alternativamente, assumendo un'altra identità, e la vittima, la maggior parte delle volte, non conosce il numero esatto di persone che ha visualizzato il post o l'immagine, né il tempo nel quale l'attacco del bullo è rimasto visibile. Inoltre, la presenza online degli adulti è piuttosto scarsa e gli attacchi subiti dalla vittima di solito non vengono segnalati per timore che le possa essere proibito l'utilizzo di dispositivi elettronici. Questi elementi contribuiscono ad incrementare il senso di impotenza sperimentato dalle cybervittime e aumentano la diffusione e perpetrazione di questo fenomeno (Ansary, 2020).

Queste caratteristiche rappresentano gli elementi distintivi anche di quelle che oggi sono definite le “nuove forme” di violenza, dominanti nella rete tra bambini e adolescenti, come challenges, chat e gruppi chiusi, contenuti autolesionistici e suicidari e autolesionismo digitale. Tali fenomeni costituiscono delle vere e proprie forme di violenza che, sfruttando al massimo le infinite potenzialità della rete, possono determinare importanti esiti a breve, medio e lungo termine sulla salute psicofisica, soprattutto nei soggetti più vulnerabili. I diversi autori, nella produzione di questi contenuti, mostrano avanzate capacità di comprendere le fragilità e i bisogni dei loro seguaci e sfruttarle in termini strumentali con l'obiettivo di aggirare e circuire il loro “pubblico”. Questo processo manipolatorio richiede abilità di pianificazione con le quali l'autore, consapevole del fine sadico delle proprie azioni, convince i suoi seguaci ad adottare condotte rischiose ed estreme (Foschino Barbaro e Russo, 2019).

Dunque, spesso, alla base di queste nuove forme di violenza non ci sarebbe un deficit sociale e cognitivo da parte degli autori, bensì pregresse esperienze sfavorevoli con i propri caregiver e/o ambienti familiari disfunzionali.

Rischi e tentazioni di internet: challenges, autolesionismo, tentativi di suicidio e suicidio

Il riconoscimento e la visibilità online vengono ricercate ed inseguite anche attraverso giochi pericolosi ed estremi, come le cosiddette *challenges*. Tali sfide sono diffuse soprattutto tra i minorenni e consistono nel filmarsi mentre si compiono azioni rischiose per poi diffondere il video in Rete e ottenere il maggior numero possibile di likes e condivisioni. Le *challenges* vengono lanciate dai più giovani, soprattutto attraverso le piattaforme di Youtube e Tiktok, i quali invitano i loro seguaci ad emularli nella realizzazione di questi contenuti per poi, a loro volta, pubblicarli sui loro profili. Non è certo un fenomeno nuovo quello in cui gli adolescenti si spingono oltre i loro limiti con l'obiettivo di mostrare a sé stessi e agli altri di essere coraggiosi fino al punto di sfidare la morte: questa predisposizione si può, infatti, considerare una caratteristica fondamentale di questa fase dello sviluppo e costituisce il processo di mentalizzazione del corpo. Le possibili motivazioni che spingono i giovani a aderire a queste tendenze vanno ricercate anche nella volontà di soddisfare il proprio bisogno di popolarità e il desiderio di lasciare un'impronta indelebile del sé.

Le sfide più famose degli ultimi anni consistono, per esempio, nel bere acqua bollente, trattenere il respiro dopo aver inalato sostanze chimiche, andare in apnea e scattare selfie in situazioni pericolose. La sfida invece più popolare nel periodo del lockdown (marzo-maggio 2020) è stata l'*Alcool Gel Challenge*, che consiste in varie attività che hanno come oggetto principale il gel disinfettante/amuchina, prodotto che durante la pandemia si è configurato come il simbolo principale nella lotta contro il Covid-19. I partecipanti alla challenge dovrebbero bere e inalare il gel o provare a versarlo sul fuoco: il video più popolare di questa sfida ha avuto 421.000 visualizzazioni in una sola settimana e quello meno condiviso 18.023 visualizzazioni (Deslandes e Coutinho, 2020). Andrebbero inoltre menzionate altre challenges in voga nel web tra cui la *Hanging Challenge* e la *BlackOut Challenge*, presunte prove in cui è previsto che il soggetto si stringa una cinghia attorno al collo e resista il più possibile.

Queste prove vengono eseguite anche dai più piccoli, i quali non possiedono ancora una piena consapevolezza dei rischi a cui vanno incontro e le relative conseguenze (Save the Children, 2021). Un sondaggio realizzato da Scuola.net (2018) tra 1500 ragazzi italiani di scuole secondarie di primo e secondo grado ha stimato che 1 adolescente su 6 conosce le regole e le modalità della BlackOut Challenge e 1 su 5 (18%) afferma di aver partecipato al gioco.

Il vero lato oscuro della sperimentazione identitaria online si raggiunge, tuttavia, con l'estremizzazione di queste prove attraverso la progressiva suggestione a compiere atti di

autolesionismo sino a veri e propri tentativi di suicidio. Questi fenomeni trovano espressione principalmente sul Web nelle fasce più vulnerabili poiché, oltre al forte desiderio di essere visti e riconosciuti dagli altri, sono presenti anche determinate problematiche che, al di fuori della rete, non trovano accoglienza: questo può talvolta rappresentare un vero e proprio *grido d'aiuto* dietro cui si nasconde spesso un *profondo disagio*. Rispetto al tema dell'autolesionismo, anche la ricerca si sta sempre più orientando nell'osservazione e nell'esplorazione di questi fenomeni, i quali non hanno più luogo nell'intimità e nella privacy delle *camerette* dei ragazzi ma trovano la loro massima diffusione online. Secondo i dati recenti dell'EU Kids Online (2020) il numero di bambini e adolescenti che ha dichiarato di visionare contenuti autolesionistici online almeno una volta al mese, se non più volte, varia dal 2% al 19% (Smahel *et al.*, 2020). Questi giovani utilizzano i social come spazio per scambiarsi reciprocamente materiali a contenuto autolesionistico (foto, video, stories, post) con l'obiettivo di condividere il proprio dolore e la propria sofferenza; il Web consente infatti di creare veri e propri gruppi chiusi, comunità virtuali, chat private che diventano luoghi di rinforzo e di esaltazione di queste pratiche autolesionistiche.

I social network hanno dato vita anche ad un nuovo fenomeno chiamato *autolesionismo digitale* che consiste nella pubblicazione, nell'invio o nella condivisione anonima di contenuti offensivi su sé stessi nel tentativo di mostrarsi come vittime agli occhi degli altri; si tratta di veri e propri atti autolesivi dal momento che il protagonista si sente impotente e fuori controllo, in uno stato di intensa angoscia emotiva. Uno studio statunitense ha scoperto che circa il 6% di giovani tra i 12 e i 17 anni ha aderito a questa pratica, condividendo in modo anonimo informazioni negative su sé stessi online (Patchin e Hinduja, 2020).

A fronte dello scenario sin qui descritto, è possibile affermare che l'esposizione ai contenuti autolesionistici online costituisca uno dei principali fattori di rischio associato a condotte autolesionistiche; a questo si aggiungono anche altri fattori quali un utilizzo prolungato del tempo trascorso online, modalità disfunzionali di navigazione in rete ed esperienze di cybervittimizzazione (Biernesser *et al.*, 2020).

Un altro spazio di discussione offerto dalla rete riguarda il tema del suicidio, che spesso rappresenta un tabù nella quotidianità dei giovani, ma che invece sul Web trova degli spazi dedicati in cui poter trovare spesso una conferma e un rinforzo ai propri pensieri. L'istigazione al suicidio online può avvenire tramite tre modalità: il *patto suicidale*, cioè un accordo tra persone che scelgono insieme la data e il luogo del proprio suicidio; il *deathcasting*, ovvero la pratica di mostrare in diretta online il proprio suicidio; la *simulazione del suicidio* nel quale si mette in scena un finto suicidio da

condividere in rete. Le tre pratiche hanno come obiettivo comune quello di offrire uno spettacolo unico ai propri followers, correlato alla capacità di creare una forte risonanza tra i giovani con stessi pensieri e angosce e influenzarli fino alla simulazione di questi atti (Lancini, 2019). In questa cornice concettuale, numerosi studi si sono occupati di analizzare la correlazione tra il tempo trascorso sui social e l'ideazione suicidaria nei pre-adolescenti e adolescenti; già nel 2009, l'anno nel quale i social hanno iniziato a diffondersi maggiormente, prendendo in considerazione il genere femminile, è stato rilevato un aumento del tasso di suicidi del 151% tra le preadolescenti (11-14 anni) e del 70% nelle adolescenti (15-19 anni). Questi esiti potrebbero essere compresi analizzando il tempo eccessivo che gli adolescenti trascorrono sulle piattaforme digitali, al quale segue, in molte occasioni, un disinvestimento dalle attività quotidiane ed un'identificazione assoluta con il proprio profilo social, associata alla perdita di contatto con la realtà (Di Lisio, 2020).

Bambini e adolescenti iperconnessi e vulnerabili

Le tentazioni estreme dei social condizionano la vita dei più giovani utenti dell'Internet, soprattutto di coloro che sono più vulnerabili. I gruppi più esposti alle influenze del web possono essere definiti attraverso diversi aspetti: in primo luogo bisogna considerare l'età anagrafica associata all'im maturità e alla difficoltà di comprendere a pieno i rischi associati ai contenuti digitali; in secondo luogo, è fondamentale tener presente alcune condizioni di fragilità che trovano spazio solamente in rete. La letteratura più recente identifica tra le categorie più vulnerabili le ragazze rispetto ai ragazzi, i giovani con problematiche internalizzanti come ansia e depressione e le vittime di cyberbullismo con particolare attenzione agli adolescenti appartenenti alla comunità LGBTQ¹ (Biernesser et al., 2020). Rispetto a quest'ultima categoria, sarebbe opportuno considerare le modalità con cui, al giorno d'oggi, viene esplorata la sfera sessuale da parte degli adolescenti: le piattaforme digitali sono diventate, infatti, i mezzi principali per approfondire le tematiche riguardanti il sesso e gestire l'intimità sessuale (Volpi, 2021). In particolare, secondo Albright (2008) l'anonimato garantito dalla Rete e la varietà e fluidità delle espressioni sessuali rappresentano le ragioni principali di questo fenomeno. Tale quadro potrebbe spiegare i motivi per i quali Internet contiene molteplici rischi per i ragazzi e le ragazze della comunità LGBTQ che sono ancora in una fase d'esplorazione e potrebbero cercare risposte attraverso modalità disfunzionali (chat e gruppi chiusi, cyberbullismo,

¹ La sigla LGBTQ viene utilizzata per indicare la comunità Lesbica, Gay, Bisessuale, Transgender e Queer; quest'ultimo termine, inserito più di recente, indica tutte le persone che non si identificano in una specifica "etichetta" relativamente al proprio orientamento sessuale e/o all'identità di genere.

condotte autolesionistiche e ideazione suicidaria) (Bouris et al., 2016). Secondo dati aggiornati (VpnMentor, 2021), la maggior parte dei membri appartenenti alla comunità LGBTQ riferisce di aver subito attacchi e molestie personali online, di cui gran parte sarebbe di natura sessuale. I più giovani, soprattutto coloro che appartengono a contesti familiari omofobici e disfunzionali, nel tentativo di mantenere segreto il loro orientamento, sono maggiormente esposti al rischio di estorsioni sessuali online. Inoltre, il Centro di sorveglianza dei comportamenti giovanili a rischio (Youth Risk Behavior Surveillance System - YRBSS) ha riportato che il tasso di cybervittimizzazione dei giovani LGBTQ è circa il doppio di quello registrato per i ragazzi eterosessuali, rispettivamente il 27,1% e il 13,3% (CDC, 2020).

L'analisi delle categorie descritte ci aiuta a comprendere che, nonostante i contenuti digitali siano accessibili a chiunque, nelle situazioni di profonda vulnerabilità e fragilità c'è il rischio che questi contenuti abbiano effetti dannosi nel breve e lungo termine. Il problema principale consiste nel fatto che spesso la profonda sofferenza e l'angoscia provate da questi ragazzi possano essere espresse liberamente soltanto online, non trovando alcuno spazio di confronto e di discussione altrove. In questo modo, il processo d'identificazione dei soggetti più fragili si sviluppa attraverso questo utilizzo disfunzionale e problematico della rete, il quale non fa altro che rinforzare condotte pericolose, producendo un vero e proprio effetto contagio. L'emulazione delle numerose tentazioni estreme proposte dal Web viene attuata soprattutto dai minorenni in condizioni di vulnerabilità, i quali, essendo più influenzabili e suggestionabili, identificano negli autori di questi video veri e propri punti di riferimento da cui farsi guidare per raggiungere un illusorio benessere.

La pandemia come amplificatore dei rischi online

L'esposizione ai possibili rischi online è stata fortemente amplificata dalla crisi da Covid-19 e dalle relative misure restrittive; l'attuale periodo storico ha costretto tutta la popolazione mondiale ad utilizzare gli ambienti online per soddisfare la maggior parte di bisogni e necessità, garantendo così la continuità delle interazioni sociali e lavorative. I dati riportati dal Digital 2021 October Global Statshot di DataReportal (2021) indicano che negli ultimi 12 mesi (da Gennaio 2020 a Gennaio 2021) il numero di utenti social è aumentato del 9,9%, ovvero 409 milioni di persone iscritte a uno o più social media, che vi trascorrono in media 2 ore e 27 minuti ogni giorno. Il social network maggiormente utilizzato è Facebook con quasi 2,9 miliardi di utenti; a seguire YouTube (2,29 miliardi), WhatsApp (2 miliardi), Instagram (quasi 1,4 miliardi), Facebook Messenger (1,3 miliardi),

WeChat (1,5 miliardi) e TikTok, l'app apprezzata dai giovanissimi, che è da poco entrata nel club dei social media con più di 1 miliardo di utenti, impiegando soli cinque anni per raggiungere questo risultato. Durante la pandemia, la possibilità di accedere al Web e alle relative funzioni, soprattutto per i bambini e gli adolescenti, si è costituita come importante fattore di protezione per poter continuare ad avere contatti con i pari, garantire la frequenza scolastica tramite la DAD ed avere a disposizione diverse forme di distrazione come quelle offerte dalle piattaforme di streaming (Netflix, Amazon Prime Video, Disney Plus, ecc.). Nel 2020 l'utilizzo degli smartphones e di altri dispositivi elettronici è aumentato significativamente (+ 1730 minuti, circa 30 ore, in media alla settimana) (Xiang et al., 2020). Tale incremento ha sicuramente permesso alla maggior parte dei ragazzi di contenere e contrastare emozioni negative, stress, senso d'isolamento e noia, oltre che fronteggiare, attraverso differenti modalità le difficoltà dovute alla convivenza con il Covid-19 e ottenere sollievo da molteplici forme di distrazione disponibili online (Serra et al., 2021). Per alcuni autori, il maggior tempo trascorso online da bambini e adolescenti costituisce la naturale conseguenza degli effetti devastanti della pandemia e delle restrizioni ad essa associate. In particolare, in Italia il lockdown prolungato, la quarantena e il distanziamento sociale ha rappresentato per bambini e adolescenti l'impossibilità di poter frequentare regolarmente la scuola, di incontrare, interagire e giocare con i pari e di poter praticare sport e hobby; i ragazzi sono stati costretti a rimanere nelle loro case per un periodo di tempo prolungato, durante il quale gli adulti erano focalizzati e distratti da nuove modalità lavorative (smart-working). Questa situazione ha causato elevati livelli di stress e conflittualità nella maggior parte dei nuclei familiari, inoltre la paura di contrarre il virus ha contribuito ad una significativa prevalenza di sintomi ansiosi e depressivi. In questo scenario, gli autori ritengono utile non limitarsi a considerare l'uso eccessivo del digitale come necessariamente nocivo, ma risulta necessario adottare una visione più ampia e comprensiva di tutti i fattori emersi durante la pandemia e le motivazioni e modalità che caratterizzano la fruizione del Web da parte di bambini e adolescenti (Montag e Elhai, 2020).

Tuttavia, seppur per molti giovani l'accesso alle piattaforme digitali è stato essenziale per la costruzione di nuove routine, per le fasce più vulnerabili l'aumento esponenziale del tempo trascorso in rete si è costituito come *amplificatore* di tutti i potenziali rischi online; in particolare, la fruizione delle piattaforme digitali è aumentata per la fascia d'età dei minori di 10 anni, che sono maggiormente esposti a contenuti potenzialmente dannosi e violenti (Deslandes e Coutinho, 2020). Nel corso del 2020, il Centro Nazionale per il Contrasto alla Pedopornografia Online (Cncpo) ha riportato che le condotte delittuose relative allo sfruttamento online dei minori e all'adescamento di minori online

hanno subito un incremento del 110% rispetto all'anno precedente, per i quali sono stati eseguiti 69 arresti e 1192 denunce. Inoltre, il tempo prolungato che i minori hanno trascorso online durante la pandemia costituisce ancora oggi un rischio per lo sviluppo di molteplici esiti psicologici (per esempio cambiamenti nell'umore, distrazione e riduzione o perdita di interessi), oltre che esiti clinici sfavorevoli come disturbi muscoscheletrici, problemi alla vista e disturbi del ciclo sonno-veglia. In considerazione di ciò, alcuni studi, già disponibili, hanno riportato che, durante la pandemia, bambini e adolescenti hanno subito un cambiamento del ciclo sonno-veglia. Un'elevata percentuale di questi, infatti, ha segnalato un ritardo significativo sia nell'orario di addormentamento sia in quello del risveglio e, come previsto, uno dei fattori che ha contribuito maggiormente a tale cambiamento è l'aumento dell'utilizzo di dispositivi elettronici (Bruni et al., 2021). Questi dati ci permettono di valutare in modo appropriato l'importanza del fenomeno di Internet come nuovo spazio relazionale e di non sottovalutare la pericolosità e la violenza diffuse nel Web, alle quali vengono costantemente esposti i bambini e gli adolescenti, soprattutto i più fragili e vulnerabili.

Fattori di protezione e possibili strategie di intervento

I tentativi attualmente messi in atto dagli adulti per controllare i minori e tutelarli dai pericoli del Web percorrono la strada della rimozione dei contenuti dannosi e delle limitazioni di accesso.

Rispetto alle limitazioni adottate, recentemente una buona prassi è stata quella della verifica dell'età per l'accesso ai social network. L'ultimo provvedimento normativo da parte del Garante della privacy, a seguito di una tragica vicenda, risale al 9 febbraio 2021 e prevede un blocco di tutti gli utenti dell'app TikTok chiedendo loro di indicare nuovamente la propria data di nascita per poter continuare ad utilizzare il social; solo dopo la verifica dell'età maggiore di 13 anni, l'utente può riavere l'accesso al proprio profilo. Questo provvedimento è stato adottato con l'obiettivo di proteggere gli utenti più piccoli da contenuti rischiosi e di facile accesso rispetto ai quali la tenera età non consente di comprenderne i rischi. Un'altra modalità per fronteggiare i potenziali rischi del Web consiste nell'utilizzo del "parental control" o "filtro famiglia", ovvero un sistema che consente ad un genitore di bloccare o monitorare l'accesso da parte del proprio bambino a determinate attività (contenuti pornografici, violenti o siti web con determinate parole chiave, ecc.) ed eventualmente impostare il tempo di utilizzo dei dispositivi elettronici.

Nonostante questi tentativi abbiano un intento indiscusso di protezione, l'ampiezza del mondo digitale comporta il rischio che i materiali dannosi trovino altre strade per la loro diffusione e

condivisione, diventando ancor più difficili da ritracciare. Pertanto, in aggiunta a queste soluzioni, sarebbe opportuno e necessario analizzare in profondità i bisogni e le reali motivazioni che spingono i giovani a queste condotte disfunzionali, sfruttando i fattori di protezione della rete. Principale fattore protettivo è la *connessione sociale* che il Web offre, grazie alla quale è possibile restare *sempre* in contatto con gli altri; anche i ragazzi che si sentono più soli, sfruttando lo spazio online, possono conoscere persone nuove e creare legami significativi. Di eguale importanza è anche la possibilità di condividere i propri vissuti e le proprie esperienze, soprattutto i soggetti più fragili e vulnerabili hanno l'opportunità di trovare accoglienza e supporto sociale ed emotivo attraverso un senso di comunità e solidarietà offerto dal Web.

In quest'ottica, le diverse Istituzioni si sono impegnate, nel corso degli anni, nella creazione di progetti che potessero incontrare e accogliere i nuovi bisogni di genitori, insegnanti e bambini e adolescenti; una delle iniziative adottate dalle Istituzioni è stata, infatti, la nascita di un programma di prevenzione chiamato "*SIC - Generazioni connesse - Safer internet Center Italia*" un progetto coordinato dal MIUR in collaborazione con altri partner, il cui obiettivo è quello di promuovere l'informazione e fornire supporto e consigli ai giovani, alle loro famiglie, alle scuole e alle comunità educative per rendere Internet un posto "sicuro". Il programma prevede anche l'attivazione di due servizi Hotline ("*Clicca e Segnala*" di Telefono Azzurro e "*STOP-IT*" di Save the Children) attraverso cui è possibile segnalare materiale inappropriato e illegale online; inoltre, è anche attivo un servizio di Helpline che offre uno spazio di ascolto e confronto da parte di professionisti qualificati che rispondono a chat, e-mail o telefonate di ragazzi e famiglie che abbiano incertezze, domande o problemi relativi alla sicurezza online. In questa direzione procede anche il Progetto ELISA (Formazione in e-learning degli Insegnanti sulle Strategie Antibullismo) il cui obiettivo è quello di fornire a scuole e insegnanti gli strumenti di intervento più efficaci per contrastare i fenomeni di bullismo e cyberbullismo, attraverso il monitoraggio rivolto a tutte le scuole statali italiane e la Formazione E-Learning. Questi obiettivi sono condivisi anche da "Teen Explorer", programma ideato dal Servizio di Psicologia GIADA dell'ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari, in corso già dal 2013 su tutto il territorio regionale, promosso dalla Regione Puglia. Il progetto è rivolto a preadolescenti e adolescenti e coinvolge anche insegnanti e famiglie con lo scopo di promuovere buone prassi rispetto all'utilizzo funzionale e maggiormente consapevole di Internet, oltre che favorire lo sviluppo di abilità psicosociali (autoefficacia, capacità di problem solving, competenze relazionali, etc...). Le attività di Teen Explorer prevedono una formazione teorico-pratica sui temi del bullismo e cyberbullismo rivolta ai docenti delle scuole coinvolte e azioni di

promozione della salute e prevenzione universale; tra questi, la compilazione da parte degli alunni di questionari self report sull'autoefficacia percepita e sugli atteggiamenti nei confronti dei pericoli del web. È prevista anche l'attuazione nelle classi di una serie di unità didattiche sulle principali problematiche dell'adolescenza, sulle potenzialità e i pericoli del Web, su norme, tutele e sanzioni in materia di sicurezza online e nuove forme di violenza e sulla promozione di strategie adeguate a riconoscere e contrastare tali fenomeni (Foschino Barbaro et al., 2019).

Un modello utile per fronteggiare potenziali rischi del web e mettere in atto azioni efficaci di prevenzione, gestione e presa in carico dei minori coinvolti, è quello presentato nel documento del CISMAI sui *“Requisiti minimi degli interventi per la presa in carico delle vittime e degli autori di cyberbullismo”* (CISMAI, 2019). Sebbene il documento sia dedicato esclusivamente al fenomeno del cyberbullismo, le raccomandazioni al suo interno potrebbero essere applicate in maniera trasversale a tutte le forme di violenza digitale fin qui descritte.

Il primo aspetto essenziale da tenere in considerazione al fine di impostare programmi d'azione validi riguarda l'adozione di un approccio in chiave ecologica, che non includa esclusivamente la diade vittima-autore, ma che sia multilivello e rivolto a tutti gli attori coinvolti nel fenomeno (studenti, insegnanti, famiglie e comunità).

A fronte dell'adozione di tale prospettiva, le strategie che potrebbero risultare più efficaci per promuovere comportamenti maggiormente costruttivi ed adattivi su Internet, sono quelle che non demonizzano il modo totalizzante il web, ma sfruttano le *opportunità* da esso offerte. Procedendo in questa direzione occorre programmare piani di prevenzione universale, selettiva e indicata.

La prevenzione universale è rivolta all'intera comunità in quanto tiene conto del fatto che bambini e adolescenti potrebbero essere in egual misura autori, vittime o osservatori, coinvolgendo in maniera diretta anche genitori e personale scolastico. In questo scenario, occorre fornire agli insegnanti le giuste competenze per comprendere i fenomeni del mondo virtuale; le scuole rappresentano il principale luogo in cui svolgere attività di prevenzione attraverso un'informazione corretta e puntuale e la creazione di spazi di incontro tra i ragazzi, con la presenza di adulti competenti per l'ascolto, il dialogo e il confronto. Queste azioni preventive devono integrarsi con i cambiamenti correlati alla scuola e alle diverse modalità di insegnamento, tenendo conto delle nuove realtà di apprendimento dei ragazzi.

Un altro aspetto che non va trascurato riguarda la rilevazione dei diversi segnali di stress che spesso emergono dalle esperienze online e che possono rappresentare un campanello d'allarme da cogliere tempestivamente, in un'ottica di prevenzione selettiva, rivolta ai minori maggiormente vulnerabili.

La rilevazione di esperienze sfavorevoli online prevede l'individuazione di diversi fattori di rischio individuali (comportamentali e psicologici), familiari e sociali. Inoltre, risulta indispensabile analizzare le modalità e la tipologia delle violenze esperite dai minori che, in contesto scolastico, per esempio, potrebbero essere rilevate attraverso questionari self-report e interviste semi-strutturate, garantendo il diritto alla privacy e l'anonimato. Il terzo obiettivo da perseguire in fase di prevenzione selettiva riguarda la creazione di spazi d'ascolto dedicati in cui i minori possano esprimersi liberamente; nell'ambiente scolastico tale finalità può essere raggiunta attraverso la promozione di attività e/o laboratori espressivi di gruppo, in concomitanza alla presenza di figure professionali specializzate come lo psicologo scolastico.

La prevenzione indicata, invece, ha la funzione di fornire supporto specialistico ad autori e/o vittime di violenze online ed eventualmente intervenire per interrompere i fenomeni di violenza in atto. Al fine di poter delineare un quadro complessivo delle esperienze subite o attuate e degli esiti psicologici che esse hanno avuto sugli attori coinvolti, è necessario prevedere una fase di valutazione auspicabilmente condotta da un team multidisciplinare (psicologo scolastico, psicopedagoga, dirigenti, referenti per il cyberbullismo e docenti con competenze trasversali). Tale fase ha come finalità quella di approfondire il contesto in cui si sono verificati gli eventi critici, focalizzando l'attenzione sul tipo di violenza e sulle modalità (frequenza, intensità e gravità) degli episodi. L'altro aspetto fondamentale riguarda la definizione del profilo emotivo, comportamentale e relazionale dei minori coinvolti, analizzando le aree di vulnerabilità, i fattori di rischio e i fattori di protezione individuali e sociali.

Infine, una funzione essenziale viene svolta dal trattamento e dalla presa in carico da parte dei professionisti della salute mentale che interagiscono con i soggetti più vulnerabili e più fragili. L'intervento dei professionisti segue un doppio binario: da un lato persegue un fine educativo attraverso la promozione di dinamiche relazionali, sociali e familiari, maggiormente inclusive; dall'altro attua un'azione di supporto specialistico nei confronti dei minori e delle loro famiglie a seconda del livello di rischio identificato.

Nei casi in cui il livello di rischio risulta di entità bassa o moderata, i docenti, adeguatamente formati e in collaborazione con gli operatori della salute mentale, possono attuare nei confronti dei minori coinvolti interventi psicosociali e di potenziamento delle life skills. Per i minori il cui rischio risulta elevato, invece, è necessario avviare trattamenti psicoterapeutici evidence-based che favoriscano l'elaborazione dell'accaduto e incrementino i fattori protettivi individuali, familiari e sociali (Foschino Barbaro e Goffredo, 2019).

In conclusione, consapevoli che il digitale sia diventato parte integrante della nostra quotidianità, sarebbe auspicabile focalizzarsi sull'adozione di nuove strategie che aspirino a promuovere il benessere psicofisico e la salute mentale online. Questa prospettiva è stata già adottata da numerose piattaforme digitali come Google o Youtube, che, tramite programmi o app specifiche, condividono giornalmente messaggi di *body positivity*², correlati al raggiungimento dell'accettazione del sé (Falotico, 2020). Esistono inoltre organizzazioni di supporto rivolte alle fasce più vulnerabili; per esempio, i giovani LGBTQ e le loro famiglie hanno a disposizione diverse risorse offerte da associazioni come "Born This Way" e "It Gets Better" il cui obiettivo è quello di salvaguardare e difendere i ragazzi LGBTQ, vittime di bullismo e pregiudizi.

In seguito a questi nuovi sviluppi, anche i professionisti della salute mentale si stanno adoperando per creare nuovi spazi digitali, come quelli offerti dalla telepsicologia³, che possano favorire una condizione di benessere fisico ed emotivo.

Affinché tutti questi interventi abbiano un riscontro positivo è fondamentale che le Istituzioni collaborino fornendo tutti gli strumenti necessari con i servizi coinvolti (professionisti della salute mentale, insegnanti e genitori) per lo sviluppo di politiche per la tutela dei diritti dei bambini e adolescenti e per la promozione di attività di prevenzione e cura.

Bibliografia

- Albright, J. M. (2008). Sex in America online: An exploration of sex, marital status, and sexual identity in Internet sex seeking and its impacts. *Journal of Sex Research*, 45(2), 175-186.
- Ansary, N. S. (2020). Cyberbullying: Concepts, theories, and correlates informing evidence-based best practices for prevention. *Aggression and violent behavior*, 50, 101343.
- Biernesser, C., Sewall, C. J., Brent, D., Bear, T., Mair, C., & Trauth, J. (2020). Social media use and deliberate self-harm among youth: a systematized narrative review. *Children and youth services review*, 116, 105054.
- Bouris, A., Everett, B. G., Heath, R. D., Elsaesser, C. E., & Neilands, T. B. (2016). Effects of victimization and violence on suicidal ideation and behaviors among sexual minority and heterosexual adolescents. *LGBT health*, 3(2), 153-161.
- Bruni, O., Malorgio, E., Doria, M., Finotti, E., Spruyt, K., Melegari, M. G., ... & Ferri, R. (2021). Changes in sleep patterns and disturbances in children and adolescents in Italy during the Covid-19 outbreak. *Sleep medicine*, 91, 166-174.
- Centers for Disease Control and Prevention (2020). Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2019. <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/2019/su6901-H.pdf>
- Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (2019). Requisiti minimi degli interventi per la presa in carico delle vittime e degli autori di cyberbullismo.

² Il *body positivity* è un movimento moderno, nato nel 2010, che ha l'obiettivo, tramite la condivisione di contenuti sui social media, di promuovere messaggi positivi rispetto all'aspetto fisico, che siano in contrasto con i restrittivi standard di bellezza imposti dai media.

³ La telepsicologia è la fornitura di servizi psicologici mediante tecnologie interattive in tempo reale (NCTSN, 2020), attraverso l'utilizzo di una piattaforma telefonica o di video conferenza (ad es., Zoom, Webex, Skype ecc).

- <https://cismai.it/documento/requisitiminimi-degli-interventi-per-la-presa-in-carico-delle-vittime-e-degli-autori-di-cyberbullismo/>
- DataReportal (2021). Digital 2021 october global statshot report. <https://datareportal.com/reports/digital-2021-october-global-statshot>
- Deslandes, S. F., & Coutinho, T. (2020). The intensive use of the internet by children and adolescents in the context of COVID-19 and the risks for self-inflicted violence. *Ciencia & saude coletiva*, 25, 2479-2486.
- Di Lisio R. (2020). Gli effetti dei social media: come influiscono sulla suicidalità e come sul benessere?. Testo disponibile al sito: <https://www.stateofmind.it/2020/12/social-media-suicidalita/>
- Falotico D. (2020). Social self-care: il benessere fisico e mentale nell'era dei social media. Testo disponibile al sito: <https://wearesocial.com/it/blog/2020/01/social-self-care-il-benessere-fisico-e-mentale-nellera-dei-social-media>
- Foschino Barbaro, M.G., & Goffredo, M., La presa in carico delle vittime e degli autori: strumenti di valutazione e protocolli di psicoterapia. In Foschino Barbaro, M. G., & Russo, P. (2019). *Bulli, cyberbulli e vittime: dinamiche relazionali e azioni di prevenzione, responsabilità civili e risarcimento del danno*. FrancoAngeli, 2019.
- Foschino Barbaro, M.G., Ferrante S, & De Iaco D., Violenze online e offline: interventi ed esperienze di prevenzione. In Foschino Barbaro, M. G., & Russo, P. (2019). *Bulli, cyberbulli e vittime: dinamiche relazionali e azioni di prevenzione, responsabilità civili e risarcimento del danno*. FrancoAngeli, 2019.
- Xiang, M., Zhang, Z., & Kuwahara, K. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Progress in cardiovascular diseases*, 63(4), 531.
- Lancini, M. (2010). *Cent'anni di adolescenza. Contributi psicoanalitici*, Franco Angeli, Milano.
- Lancini, M. (2020). *Il ritiro sociale negli adolescenti: La solitudine di una generazione iperconnessa*. Raffaello Cortina Editore.
- Marwick, A. E. (2018). A Cultural History of Web 2.0. *Communication in History*, 311-315.
- Maura Manca (2018). *Autolesionismo nei social e nelle chat di gruppo: l'influenza del digitale*. Testo disponibile al sito: <https://www.adolescenza.it/social-web-tecnologia/autolesionismo-nei-social-e-nelle-chat-di-gruppo-linfluenza-del-digitale/>
- Montag, C., & Elhai, J. D. (2020). Discussing digital technology overuse in children and adolescents during the COVID-19 pandemic and beyond: On the importance of considering Affective Neuroscience Theory. *Addictive behaviors reports*, 12, 100313.
- Morriello, R. (2010). Web 2.0: la rivoluzione siamo noi. *Biblioteche oggi*, 28(3), 9-30.
- Patchin, J. W., & Hinduja, S. (2017). Digital self-harm among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(6), 761-766.
- Pellai A., 2020. *Iperconnessi e vulnerabili*. Testo disponibile al sito: https://www.notedipastoralegiovanile.it/images/ZIBALDONE/Iperconnessi_vulnerabili.pdf
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants part 2: Do they really think differently?. *On the horizon*.
- Russo, F., Ceria, R., Jarach, J., Laglia, C., Lombardi, L., & Isola, L. (2021). Internet addiction disorder: nuova emergenza nel mondo dell'infanzia e dell'adolescenza. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva-Open Access*, (47).
- Save The Children (2021). *Challenge o sfida social: cos'è e come proteggere i bambini*. Testo disponibile al sito: <https://www.savethechildren.it/blog-notizie/challenge-o-sfida-social-cos-e-come-proteggere-bambini>
- Serra, G., Scalzo, L. L., Giuffrè, M., Ferrara, P., & Corsello, G. (2021). Smartphone use and addiction during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: cohort study on 184 Italian children and adolescents. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 1-10.
- Smahel, D., Machackova, H., Mascheroni, G., Dedkova, L., Staksrud, E., Ólafsson, K., ... & Hasebrink, U. (2020). *EU Kids Online 2020. Survey Results from 19 Countries*. EU Kids Online.
- Valle, M. (2021). *Le tecnologie digitali in famiglia: Nemiche o alleate? Un approccio Montessori*. Il Leone Verde.
- Volpi, B. (2021). *Gli adolescenti e la rete*. Carocci.
- VpnMentor (2021). *LGBTQ e cyberbullismo: ecco come mantenersi al sicuro online*. Testo disponibile al sito: <https://it.vpnmentor.com/blog/la-maggior-parte-delle-persone-lgbtq-e-esposta-a-cyberbullismo-ecco-come-rimanere-sicuri-online/>

Zych, I., Farrington, D. P., & Ttofi, M. M. (2019). Protective factors against bullying and cyberbullying: A systematic review of meta-analyses. *Aggression and violent behavior*, 45, 4-19.

Maria Lucia Disabato, Psicologa- Psicoterapeuta, Bari
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Barcaccia- Dell’Erba
e-mail: lucia.disabato94@gmail.com

Francesca Filograsso, Psicologa- Psicoterapeuta, Bari
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Barcaccia- Dell’Erba
e-mail: franci0297@gmail.com

Maria Grazia Foschino Barbaro, Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile
U.O.S.D. Servizio di Psicologia-GIADA, Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII”,
Bari
e-mail: grazia.foschinobarbaro@policlinico.ba.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

Narcisismo patologico e strategie terapeutiche

Francesca Corocher¹

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Verona

Riassunto

La diffusione del concetto di narcisismo patologico ha condotto alla definizione del disturbo narcisistico di personalità (DNP) nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM). Il DNP ha una prevalenza che varia dall'8.5% al 20% nei pazienti ambulatoriali, si accompagna ad un aumentato rischio di comorbidità e rischio di suicidio, oltre che a diversi problemi piuttosto rilevanti come: rischio di stigma sociale, difficoltà di assessment e difficoltà di trattamento. Molti clinici e ricercatori si sforzano sempre di più per cercare di cogliere la complessità del narcisismo patologico, individuandone possibili nature, fenotipi e modalità d'espressione, per collegare comportamenti esterni a processi interni, comprendere il cambiamento degli stati mentali problematici nel tempo e integrare l'utilizzo della tecnica con la regolazione della relazione terapeutica. Tali studi hanno lo scopo di costruire linee guida condivise per il trattamento, che ad oggi purtroppo non risultano ancora disponibili. In questa direzione si colloca il lavoro di Weinberg e Ronningstam (2020), che hanno elaborato un approccio pragmatico al trattamento del DNP, basato sull'esperienza clinica degli autori e indipendente da uno specifico modello teorico.

Parole Chiave: narcisismo patologico, disturbo narcisistico di personalità, processi interni, relazione terapeutica, trattamento.

Pathological narcissism and therapeutic strategies

Summary

The spread of the concept of pathological narcissism led to the definition of narcissistic personality disorder (NPD) in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). NPD ranges from 8.5% to 20% in outpatients in terms of prevalence, it is accompanied by an increased risk of comorbidity and suicide risk, as well as several rather significant problems such as: risk of social stigma, assessment difficulties, and treatment difficulties. Many clinicians and researchers are making an increased effort to try to grasp the complexity of pathological narcissism, identifying its possible natures, phenotypes and modes of expression, in order to link external behaviors to internal processes and to understand the change of problematic mental states over time, as well to integrate the use of technique with the regulation of the therapeutic relationship. These studies aim

to build shared guidelines for treatment, which to date unfortunately are not yet available. In this direction stands the work of Weinberg and Ronningstam (2020), who developed a pragmatic approach to the treatment of NPD, based on the authors' clinical experience and independent of a specific theoretical model.

Keywords: pathological narcissism, narcissistic personality disorder, internal processes, therapeutic relationship, treatment.

Introduzione

Il concetto di narcisismo può essere ricondotto al mito greco di Narciso, divenuto uno dei miti più prototipici dei tempi moderni. La versione maggiormente nota è quella descritta da Ovidio nella sua opera *Metamorfosi* in cui Eco, una ninfa di montagna, incontra Narciso, un bellissimo giovane, che rifiuta le sue avances. Con il cuore spezzato, Eco vive il resto della vita nella desolazione finché della sua voce rimane solo un'eco. Quindi Nemese, la dea della vendetta, punisce Narciso attirandolo in uno specchio d'acqua, nel quale egli coglie l'immagine di sé stesso e, non rendendosi conto che si tratta del proprio riflesso, se ne innamora. E più si specchia, più s'innamora, fino a che non si rende conto che il suo amore non potrà mai essere ricambiato e, condannato alla stessa sorte che aveva inferto ad Eco, si dispera, fissando la propria immagine fino alla morte.

Mentre il concetto di narcisismo catturava l'immaginazione del pubblico, dei media e della letteratura, è aumentato l'interesse accademico e della ricerca empirica, in particolare nel campo della psicologia, delle scienze sociali e degli studi culturali (Yakeley, 2018). La diffusione del concetto di narcisismo patologico (NP) come tipologia distinta di personalità, grazie a psicoanalisti come Kernberg e Kohut, nonché a psicologi come Millon, ha portato all'introduzione del disturbo narcisistico di personalità (DNP) nella terza edizione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980). Tuttavia, alcuni autori come Cain e colleghi (2008) hanno notato che il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1990) si è concentrato principalmente sulle caratteristiche grandiose del disturbo senza cogliere adeguatamente la vulnerabilità sottostante, evidente in molti pazienti con DNP.

La prevalenza del DNP varia dallo 0%–6% nella popolazione generale, dall'1.3%–20% nella popolazione clinica, e dall'8.5%–20% nei pazienti ambulatoriali (Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007; Torgersen, 2012; Zimmerman, Chelminski, & Young, 2008). Inoltre, il DNP è associato ad un aumentato rischio di comorbidità con disturbi dell'umore, disturbi d'ansia e disturbo da uso di sostanze (Simonsen & Simonsen, 2011; Stinson et al., 2008); rischio di suicidio (Ronningstam & Weinberg, 2013); e problemi lavorativi, relazionali e coniugali (Pulay et al., 2008; Ronningstam, 2009).

Narcisismo normale e narcisismo patologico

È possibile intendere il narcisismo come la capacità individuale di impiegare una serie di processi di regolazione del sé, degli affetti e delle relazioni interpersonali finalizzati al mantenimento di un'immagine di sé relativamente positiva. Si tratta di un costrutto di personalità complesso che comprende sia necessità di validazione e ammirazione, sia motivazione a ricercare direttamente e indirettamente esperienze di auto-rinforzo dall'ambiente sociale (Pincus et al., 2009). Sebbene la maggior parte degli autori sia concorde che il narcisismo comprenda espressioni sia normali che patologiche (Kernberg, 1998; Kohut, 1977; Pincus, 2005; Ronningstam, 2009), secondo alcuni queste sarebbero due dimensioni poste agli estremi di un continuum (Ronningstam, 2005a), mentre secondo altri si tratterebbe di due dimensioni personologiche distinte (Pincus et al., 2009).

La stragrande maggioranza della ricerca empirica sul narcisismo normale, è stata condotta nell'ambito della psicologia sociale misurando i tratti narcisistici della personalità in campioni non clinici. Lo strumento più utilizzato a questo scopo è il Narcissistic Personality Inventory (NPI; Raskin & Hall, 1979, 1981). Gli individui che presentano alti punteggi all'NPI sembrano essere sensibili alla mancata soddisfazione di aspettative, resistenti ai feedback che disconfermano opinioni positive di sé, manipolatori, caratterizzati da un aumentato senso di importanza, inclini all'aggressività e con uno stile interpersonale dominante (Morf, 2006). L'NPI ha dimostrato in diversi studi di cogliere le caratteristiche adattive del narcisismo, infatti alti punteggi al test sono negativamente associati al tratto nevroticismo e alla depressione, e positivamente associati alla motivazione al successo e all'autostima (Brown et al., 2009). Inoltre, Russ e collaboratori (2008) utilizzando la Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP-II; Shedler & Westen 2004, 2007) per la valutazione della personalità, hanno identificato tre sottotipi distinti del DNP: Grandioso/Maligno, Fragile e ad Alto Funzionamento/Esibizionistico. Secondo gli autori, gli individui di quest'ultimo sottotipo presentavano un aumentato senso di importanza, ma allo stesso tempo erano anche socievoli, eloquenti ed energici. In pratica, tendevano a presentare "un buon funzionamento adattivo e ad utilizzare il proprio narcisismo per avere successo". In sostanza, normali espressioni del narcisismo possono contribuire all'autostima e al benessere aumentando la percezione di agentività dell'individuo (Oldham & Morris, 1995). Tali individui tendono ad essere ambiziosi, soddisfatti di sé e di relativo successo (Russ et al., 2008), anche se ciò potrebbe portare alla conseguenza di instaurare relazioni interpersonali sgradevoli (Miller et al., 2009).

Tutti gli individui hanno normali bisogni narcisistici (Kohut, 1977; Stone, 1998), ma gli individui caratterizzati da NP appaiono particolarmente turbati di fronte alle delusioni. Infatti, il NP comporta

significativi deficit di regolazione e strategie disfunzionali per fronteggiare le minacce all'immagine positiva di sé (Horowitz, 2009). Nella ricerca clinica e psichiatrica, le espressioni patologiche del narcisismo sono solitamente operazionalizzate nel disturbo narcisistico di personalità descritto nel DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). In sostanza, è possibile concludere che esistono prove sufficienti a sostegno della visione che la natura del narcisismo si rifletta sia nell'adattamento normale che nel funzionamento patologico della personalità. Rimane però da chiarire se questa distinzione sia meglio espressa come due polarità poste all'estremo di un continuum, oppure due tipologie di narcisismo distinte (Pincus & Lukowitsky, 2010).

Grandiosità narcisistica e vulnerabilità narcisistica

Il costrutto del narcisismo è spesso associato ad atteggiamenti e comportamenti arroganti e presuntuosi (Buss & Chiodo, 1991), che sono ben rappresentati dal termine grandiosità narcisistica. La grandiosità è una componente centrale della personalità narcisistica, e la sua descrizione clinica comprende sia processi intrapsichici che espressioni comportamentali. I processi intrapsichici includono la repressione degli aspetti negativi delle rappresentazioni di sé e dell'altro, e la distorsione di informazioni esterne disconfermanti, da cui consegue un senso di diritto e un'immagine gonfiata di sé, nonché il coinvolgimento in fantasie regolatorie di illimitato potere, superiorità e perfezione. Dal punto di vista comportamentale, la grandiosità narcisistica si manifesta spesso attraverso lo sfruttamento interpersonale, la mancanza di empatia, un'intensa invidia e aggressività. In modalità più nascoste, potrebbe anche esprimersi con il fornire supporto agli altri, e allo stesso tempo nutrire segretamente disprezzo per la persona che viene aiutata, vivendo ciò come il riflesso della propria unicità (Pincus et al., 2009).

Nel 2008, Cain e collaboratori hanno identificato più di 50 etichette diverse utilizzate in letteratura per descrivere la variabilità di espressione del NP, arrivando a sintetizzarle in due grandi aree: grandiosità narcisistica e vulnerabilità narcisistica. Molti clinici hanno utilizzato i temi di grandiosità e di vulnerabilità per descrivere gli aspetti centrali della disfunzione narcisistica, riferendosi a deficit della struttura del sé (Kernberg, 1998; Kohut, 1977), difficoltà nella relazione terapeutica (Gabbard, 2009; Kernberg, 2007) e meccanismi di difesa maladattivi utilizzati in risposta a diversi fattori di stress. Recentemente, Ronningstam (2005 a, b) ha identificato due sottotipi di personalità narcisistica in base a somiglianze e differenze nei processi di disregolazione dell'autostima, disregolazione affettiva e difficoltà nelle relazioni interpersonali. I temi grandiosi sono enfatizzati nelle descrizioni del narcisista arrogante e del narcisista psicopatico. Il narcisista arrogante affronta le minacce

all'autostima creando un senso aumentato di superiorità e unicità, oltre che impegnandosi in fantasie grandiose. Questi individui presentano senso di diritto, sfruttamento interpersonale, mancanza di empatia e come risultato della disregolazione affettiva sperimentano intensa invidia e aggressività. Il narcisista psicopatico gestisce la disregolazione dell'autostima impegnandosi in comportamenti antisociali per proteggere o migliorare l'immagine gonfiata di sé. Tali individui possono commettere azioni criminali e violente per ottenere l'ammirazione degli altri, mostrare reazioni estreme di rabbia di fronte alle critiche ed essere sadici nelle relazioni interpersonali senza provare alcuna colpa. Infine, Ronningstam descrive il narcisista timido come colui che fa fronte alle minacce all'autostima coinvolgendosi in fantasie grandiose ma al contempo provando un'intensa vergogna per i propri bisogni e ambizioni. Il problema affettivo principale per il narcisista timido è la vergogna, piuttosto che l'invidia o l'aggressività, e perciò evita le relazioni interpersonali a causa dell'ipersensibilità al rifiuto e alla critica.

In riferimento ai profili SWAP-II in pazienti con DNP, identificati da Russ e colleghi (2008), il sottotipo grandioso/maligno è caratterizzato da rabbia furiosa, manipolazione interpersonale, ricerca di potere e controllo interpersonale, mancanza di rimorso, aumentato senso di importanza e aspettativa di essere privilegiato. Questi individui hanno scarsa consapevolezza dei propri processi interni e tendono ad attribuire a cause esterne le motivazioni del proprio comportamento. Al contrario, il sottotipo fragile comprende individui che non sono in grado di mantenere costante la percezione grandiosa di sé, tanto che a volte, quando le loro difese non reggono, la ferita narcisistica può evocare vergogna, ansia, depressione e sentimenti di inadeguatezza. Molti clinici esperti nel DNP, affermano che gli stati grandiosi oscillano o co-occorrono con gli stati vulnerabili e la disregolazione affettiva: Ronningstam (2009) ha osservato che "il narcisista può oscillare tra grandiosità e vulnerabilità" e Kernberg (2009) ha affermato che le personalità narcisistiche patiscono "attacchi di insicurezza che interrompono il loro senso di grandiosità o di essere speciali".

Narcisismo overt e narcisismo covert

Una seconda distinzione presente nella descrizione fenotipica del narcisismo patologico si riferisce alle sue espressioni overt e covert (Akhtar & Thomson, 1982; Cooper, 1981). Mentre i costrutti di grandiosità e vulnerabilità narcisistica sono più noti in ambito clinico e di ricerca, la distinzione tra narcisismo overt e covert è più diffusa nell'ambito della psicologia sociale e della personalità (Besser & Priel, 2009). Pincus e Lukowitsky (2010) ritengono che tale distinzione sia inesatta, e quindi l'utilizzo di narcisismo overt e covert come due fenotipi distinti, di fatto complichino il problema

dell'individuazione di criteri diagnostici del NP. L'opinione degli autori è che questa distinzione rappresenti sostanzialmente diverse modalità di espressione della grandiosità e della vulnerabilità narcisistica (vedi Figura 1). Infatti, criteri del DNP presenti nel DSM ma anche gli items di diversi questionari e interviste che valutano il NP, comprendono un mix di elementi overt (comportamenti, atteggiamenti ed emozioni espresse) ed esperienze covert (cognizioni, sentimenti, motivazioni e bisogni; McGlashan et al., 2005). L'esperienza clinica con pazienti con NP suggerisce che essi presentino sempre sia grandiosità overt e covert, sia vulnerabilità overt e covert. Perciò collegare l'ipersensibilità vulnerabile esclusivamente al narcisismo covert sembra clinicamente inesatto. Pincus e Lukowitsky (2010), propongono un modello teorico in cui la distinzione tra l'espressione overt e covert del narcisismo è secondaria alla variazione fenotipica di grandiosità e vulnerabilità: in sostanza, ciò che contraddistingue i pazienti con NP sono i relativi livelli di grandiosità e vulnerabilità in aggiunta alla relativa prevalenza delle loro espressioni overt e covert dell'intera gamma del NP.

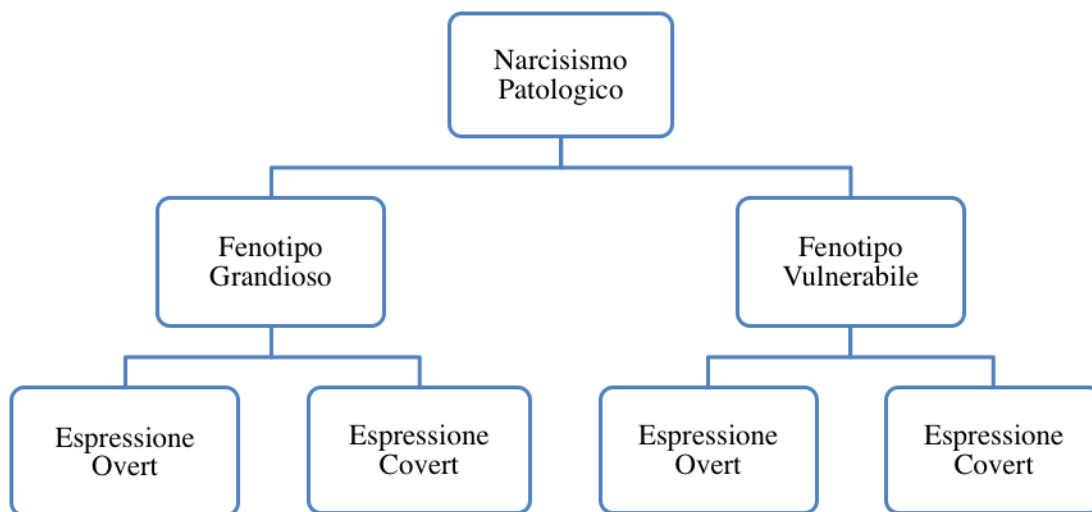


Figura 1 L'organizzazione gerarchica del narcisismo patologico

Processi interni

Il NP può spesso interferire con la costruzione dell'alleanza terapeutica e ostacolare il cambiamento nel corso del trattamento. Infatti, i pazienti con DNP tendono ad abbandonare precocemente il trattamento (Ellison, Levy, Cain, Answell, & Pincus, 2013) e disaccordi, interruzioni e stalli terapeutici sono piuttosto comuni (Gabbard & Crisp, 2018). Interventi terapeutici iniziali, come ad esempio mettere in luce la discrepanza tra contenuto verbale e contenuto emotivo del paziente,

possono essere ben motivati, ma allo stesso tempo possono facilmente evocare reazioni difensive o condurre a lotte di potere. Allo stesso modo, le osservazioni dirette dei terapeuti sul funzionamento relazionale e comportamentale del paziente, potrebbero intensificare le reazioni difensive (Ronningstam, 2020).

I tratti e le dimensioni che definiscono dal punto di vista diagnostico il NP e il DNP, possono fornire una stima del funzionamento della personalità narcisistica, ma non informano pienamente sui processi interni sottostanti che rappresentano il nucleo centrale della patologia. Infatti, le caratteristiche tipiche del NP (arroganza, atteggiamento critico e superiorità) tendono a distogliere l'attenzione del terapeuta dall'esperienza soggettiva e dal ragionamento del paziente. Così, è facile che la discrepanza tra la presentazione esterna del paziente e i processi interni possa condurre a valutazioni errate e interventi inefficaci, specialmente nella fase iniziale di costruzione dell'alleanza terapeutica (Ronningstam, 2020). Per tale motivo, Ronningstam (2020) ha tentato di rivelare il collegamento funzionale tra processi interni ed espressioni esterne.

Limitata tolleranza affettiva

I pazienti con NP hanno difficoltà a collegare i propri stati affettivi ed emotivi ad una descrizione verbale e alle relazioni interpersonali. In un recente studio, Bouzegarene e Lecours (2017) hanno osservato che pazienti con DNP presentavano una minor capacità di tollerare, verbalizzare e mentalizzare la tristezza, risultando così in una difficoltà ad esperire il lutto (Kernberg, 2010). Le osservazioni cliniche indicano che i pazienti con NP possono manifestare un'eccezionale abilità intellettuale e di elaborazione verbale, unitamente alla capacità di fornire descrizioni emotive apparentemente ricche e dettagliate. Questo meccanismo può proteggere il paziente dall'accedere a emozioni più genuine e lasciare il terapeuta con l'impressione che il paziente sia più riflessivo di quanto realmente egli sia. Affrontare le discrepanze tra la presentazione verbale dei pazienti e l'evoluzione del controtransfert può essere impegnativo ma sicuramente molto informativo per i terapeuti (Tanzilli, Colli, Muzi, & Lingiardi, 2015). La tolleranza dei pazienti alle interazioni reciproche e alla collaborazione condivisa all'interno dell'alleanza terapeutica, dipendono dal grado di compromissione dell'elaborazione emotiva, infatti un aumento della vicinanza relazionale potrebbe improvvisamente causare interruzioni o abbandono del trattamento.

Diffusione dell'identità

Come osservato in precedenza, i processi interni di pazienti con NP possono rimanere nascosti o addirittura risultare inaccessibili. Perciò, possono contribuire o rappresentare un riflesso della

diffusione dell'identità, con una certa consapevolezza intermittente di un senso di sé controintuitivo o sconcertante, da cui deriva la paura di sentirsi esposti o rifiutati. Concentrarsi su risultati di auto-miglioramento oppure “orientarsi all'esterno” con lo scopo di generare specifiche reazioni negli altri, potrebbe sostenere temporaneamente questa funzione della personalità (Ronningstam, 2020).

Capacità di auto-riflessione e mentalizzazione

Le capacità di riflessione e di mentalizzazione (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002) in pazienti con NP risultano compromesse o fluttuanti (Diamond et al., 2014). L'auto-riflessività comprende la capacità di identificare e collegare le esperienze interne con il tipo e il livello di attivazione corporea e viscerale; e di realizzare che la propria percezione delle relazioni interpersonali è soggettiva e può differire dalla realtà esterna (Dimaggio & Lysaker, 2018). In un recente studio, Nazzaro e colleghi (2017) hanno osservato che la compromissione del funzionamento riflessivo è fortemente associata con la patologia di personalità di Cluster B e con una vulnerabilità nel funzionamento della personalità. Perciò un deficit della capacità riflessiva e di mentalizzazione favorisce la patologia della personalità, e quindi focalizzarsi sui processi di mentalizzazione durante il trattamento può ridurre la rigidità, promuovere la comprensione e regolare il comportamento. È importante sottolineare che tipicamente in pazienti con DNP, la capacità di riflessione sugli stati interni precede la possibilità di un'autentica mentalizzazione. Infatti, la tendenza a pseudo-mentalizzare, ovvero a presentare una capacità di assegnare intenzioni e credenze agli altri principalmente in base alla funzione empatica cognitiva (Ritter et al., 2011), può condurre a non valutare adeguatamente la reale abilità di auto-riflessione.

Senso di agentività

Il senso di agentività consiste nella capacità di definire obiettivi, darsi una direzione e di padroneggiare i propri pensieri, intenzioni e azioni (Gallagher, 2012). Come aspetto centrale del funzionamento narcisistico, il senso di agentività influenza sia le strategie di autoregolazione sia quelle interpersonali, come la ricerca di attenzione, la competitività e il raggiungimento dei risultati (Campbell & Foster, 2007). Infatti, le esperienze soggettive di fluttuazione o di perdita di agentività sono particolarmente spaventose per i pazienti con NP, il cui senso di valore personale è fragile e le cui abilità interpersonali sono compromesse (Ronningstam & Baskin-Sommers, 2013).

Autostima e perfezionismo

Come parte integrante della regolazione dell'autostima e dell'aumentato senso di importanza, il perfezionismo in pazienti con NP può avere la funzione di strategia di controllo. Slade e colleghi (2009) distinguono tra perfezionismo positivo, contraddistinto da motivazione e focus sullo sforzo fisico e mentale, e perfezionismo negativo, caratterizzato da paura del fallimento con focus sull'evitare di commettere errori. Nel NP, il perfezionismo è solitamente meno legato alla morale e agli ideali, ma è riferito soprattutto al raggiungimento di standard grandiosi, di un alto livello di prestazione e al mantenimento di un senso di coesione di sé e dell'ammirazione altrui. Spesso utilizzato come strategia per evitare umiliazioni, il non dimostrarsi all'altezza degli standard perfezionistici può rapidamente evocare vergogna, rabbia e depressione (Marčinko et al., 2014).

Compromissione della capacità di simbolizzazione

La simbolizzazione, ovvero la capacità di rappresentare qualcosa attraverso qualcos'altro e di differenziare il simbolo dall'oggetto originario, richiede una competenza sia affettiva che relazionale, la capacità di riflettere e di differenziare tra la realtà concreta e i suoi potenziali significati sottostanti. Secondo Mizen (2014), la patologia narcisistica è caratterizzata da “fallimenti in specifici punti del percorso della funzione rappresentativa attraverso la quale gli affetti sottocorticali e i sentimenti viscerali in un contesto relazionale diventano la base per l'astrazione e il linguaggio” (p. 254). Una capacità di simbolizzazione compromessa conduce ad una modalità “concreta” di funzionamento mentale con una riduzione della capacità riflessiva e di mentalizzazione, producendo una compromissione della consapevolezza delle proprie emozioni (Kramer & Pascale-Leone, 2018). Quando si affrontano circostanze di vita improvvise e difficili, questa compromissione può anche aumentare repentinamente il rischio suicidario, con conseguenti atti letali (Ronningstam, Weinberg, Goldblatt, Schechter, & Herbstman, 2018). Invece, quando è possibile notare e riflettere sull'attivazione delle emozioni, si verifica una transizione dagli aspetti impliciti a quelli espliciti dell'emozione, attraverso l'attivazione psicofisiologica all'interno dell'alleanza terapeutica (Baskin-Sommers et al., 2014). Perciò, la cornice terapeutica e l'atteggiamento di apertura del terapeuta, possono permettere una graduale transizione dalla concretezza verso la simbolizzazione, la verbalizzazione e l'interazione interpersonale. Ad esempio, l'utilizzo di metafore (Stine, 2005) può aprire la strada al collegamento tra affetti e impulsi, facilitando la comunicazione e la collaborazione.

Indicatori esterni di processi interni

Ronningstam (2020) sottolinea che la consapevolezza di come i processi interni sono collegati alle caratteristiche osservabili della patologia narcisistica, è di fondamentale importanza per la comprensione del paziente. La limitata tolleranza affettiva può comportare necessità di controllo e di distanziamento interpersonale. La diffusione dell'identità può causare un orientamento all'esterno e la scarsa consapevolezza delle proprie motivazioni. L'egocentrismo e le difficoltà a considerare gli effetti dei propri comportamenti sugli altri, sono conseguenti alla compromissione della capacità riflessiva e di mentalizzazione. Lo scarso senso di agentività è evidente negli sforzi narcisistici di ottenere approvazione e di trarre vantaggio dagli altri. L'autostima è notevolmente correlata all'espressione della propria superiorità e al coinvolgimento in relazioni che confermano l'immagine di sé. Inoltre, la compromissione della capacità di simbolizzazione si riflette nell'egocentrismo dei pazienti e nella limitazione delle relazioni interpersonali.

Il DNP secondo la teoria delle relazioni oggettuali

Nel passaggio da un sistema di classificazione categoriale a un sistema ibrido che combina la compromissione del sé e del funzionamento interpersonale con tratti patologici della personalità, il DSM-5 nella Sezione III si è fortemente allineato con la prospettiva clinica e teorica della teoria delle relazioni oggettuali (ORT; Kernberg & Caligor, 2005). La ORT fornisce un modello teorico integrato fondato su: (1) funzionamento normale della personalità, (2) caratteristiche generali della patologia della personalità osservate nei disturbi di personalità, e (3) specifiche disfunzioni che caratterizzano il DNP (Caligor & Stern, 2020).

Il modello ORT mette in luce le seguenti caratteristiche essenziali del DNP (vedi Tabella 1): (1) un senso di sé scarsamente integrato che lascia l'individuo dipendente dal mantenimento di un'immagine esageratamente positiva di sé allo scopo di mantenere l'integrità dell'esperienza di sé, dei processi di autoregolazione e della stabilità affettiva; (2) le relazioni con gli altri risultano prive di empatia e di interesse fintanto che sostengono l'autoregolazione, aumentano l'autostima o procurano vantaggi personali; (3) sistemi di valori infantili (ad esempio ricchezza, bellezza, potere o fama) con una patologia variabile del funzionamento morale; (4) tendenza a negare gli aspetti della realtà che mettono in discussione il senso di unicità dell'individuo; e (5) stati mentali caratterizzati da sentimenti di vuoto (Kernberg, 2012). Secondo la ORT, la classificazione della patologia della personalità si focalizza su specifici domini centrali per il funzionamento sano della personalità, che sono invece perturbati nei disturbi di personalità, in particolare: (1) identità, (2) relazioni oggettuali, (3)

meccanismi di difesa, (4) qualità e gestione dell'aggressività, (5) funzionamento morale e, (6) esame di realtà (Kernberg & Caligor, 2005). La valutazione della natura e del livello di organizzazione del funzionamento in questi domini, fornisce sia un profilo dimensionale del funzionamento della personalità, sia una definizione dell'organizzazione della personalità dell'individuo. Quindi, la determinazione dell'organizzazione di personalità, o del livello di organizzazione della personalità, conduce alla classificazione dei disturbi di personalità lungo uno spettro di patologia continuo, che va dal funzionamento sano della personalità alla patologia grave, collegando la classificazione diagnostica alla prognosi e alla pianificazione del trattamento (Caligor, Kernberg, Clarkin, & Yeomans, 2018).

In riferimento alla ORT, il DNP rientra all'interno del livello borderline di organizzazione della personalità (BPO). Ciò implica la presenza di patologia dell'identità e la predominanza di difese dissociative, o basate sulla scissione, nonché della patologia delle relazioni oggettuali, un ruolo centrale dell'aggressività nel funzionamento della personalità, un funzionamento morale variabile e un esame di realtà potenzialmente fragile. Tuttavia, il DNP si distingue dagli altri disturbi di personalità del livello BPO per la presenza di una maggiore stabilità nel funzionamento del sé. Questa maggiore stabilità si manifesta in una relativa specificità e consistenza del senso di sé e in una certa capacità di investire e perseguire obiettivi a lungo termine, rispetto ad altri disturbi di personalità di gravità simile (Caligor & Stern, 2020).

La relativa stabilità del funzionamento del sé osservata nel DNP, riflette l'impatto di una specifica costellazione strutturale organizzata in relazione ad un'immagine di sé rigidamente idealizzata, che Kernberg (1984) ha definito "sé grandioso patologico". Il sé grandioso fornisce un certo grado di stabilità e specificità al funzionamento, una sorta di integrazione dell'identità, che consente ad alcuni individui con DNP di perseguire degli obiettivi e di funzionare relativamente bene, nonostante un sottostante livello borderline di organizzazione della personalità. Tuttavia, al contrario della normale formazione dell'identità che conferisce stabilità al funzionamento del sé, che è flessibile e basata su una rappresentazione realistica di sé, il sé grandioso è una struttura difensiva, sia rigida che fragile, la cui integrità si basa sul costante mantenimento di una visione di sé come speciale (Caligor & Stern, 2020). Nel DNP, il sé grandioso è composto unicamente da rappresentazioni ideali, completamente attribuite al sé; nel sé grandioso, le rappresentazioni idealizzate di sé e le rappresentazioni idealizzate degli altri sono condensate e sostituiscono un più autentico senso di sé (Kernberg, 1984). Gli stati grandiosi riflettono un'identificazione consapevole da parte dell'individuo con il sé grandioso, mentre le parti di sé svalutate sono dissociate e proiettate sull'altro. Il risultato è un senso di sé come superiore

più o meno stabile, in un mondo di altri svalutati e inferiori, che sono necessari per mantenere il sé grandioso, ma per il resto sono considerati di scarso interesse. Nella misura in cui questa strutturazione è stabile, gli individui con DNP sono in gran parte asintomatici. Al contrario, negli stati vulnerabili, l'individuo con DNP si identifica consapevolmente con le rappresentazioni svalutate di sé e dell'altro, mentre proietta le rappresentazioni idealizzate sugli altri. Il vissuto soggettivo è di un sé inferiore, umiliato e perseguitato in un mondo di altri superiori e sprezzanti (Caligor & Stern, 2020).

Tabella 1 Elementi strutturali centrali del DNP secondo la ORT

<i>Identità</i>	Fallimento del normale consolidamento dell'identità; presenza di una grandiosa struttura del sé compensatoria, che può fornire un senso di sé che ha una certa stabilità e specificità; al contrario, vago e superficiale senso dell'altro; capacità variabile di investire in obiettivi a lungo termine; regolazione degli affetti legata alla valutazione di sé
<i>Relazioni oggettuali</i>	Limita percezione dei bisogni dell'altro, indipendentemente dai bisogni de sé; relazioni superficiali e utilitaristiche che possono essere apertamente di sfruttamento; problemi con l'intimità; noia
<i>Meccanismi di difesa</i>	Prevalgono difese basate su scissione e dissociazione, in particolare idealizzazione e svalutazione, proiezione, negazione
<i>Aggressività</i>	Variabile a seconda della gravità, ma preminente nel funzionamento psicologico
<i>Funzionamento morale</i>	Patologia del sistema di valori e del funzionamento morale che si riflette in valori infantili (fama, ricchezza), vergogna per la colpa, spesso con "lacune" morali, in alcuni casi con franche caratteristiche antisociali
<i>Esame di realtà</i>	Negazione dei dati di realtà che mettono in discussione la grandiosità, con una potenziale conseguente grossolana distorsione della realtà

Terapie evidence-based

È raro che i pazienti con DNP si rivolgano ad un terapeuta per il narcisismo stesso. Invece, è più probabile che arrivino in terapia in seguito ad una ferita narcisistica (rottura di una relazione, mancato avanzamento di carriera) che si traduce spesso in depressione e abuso di sostanze, o a causa di un ultimatum di un coniuge o di un datore di lavoro (Ronningstam & Weinberg, 2013). La costruzione dell'alleanza terapeutica (Ronningstam, 2012) e le reazioni transferali e controtransferali (Gabbard, 2009) sono le maggiori sfide nel corso del trattamento. Tuttavia, il tasso di dropout può raggiungere il 40%, specialmente quando la motivazione esterna che ha portato il paziente in terapia viene meno (Behary & Dieckmann, 2011). Il rischio di suicidio è significativo e perciò richiede un'attenta valutazione (Ronningstam & Weinberg, 2013; Ronningstam, Weinberg, Goldblatt, Schechter, & Herbstman, 2018). Ad oggi non esistono vere e proprie linee guida di trattamento per il DNP (King et al., 2020). Alcuni approcci teorici hanno proposto diverse terapie per il DNP (vedi Tabella 2). Ma nessuno di tali trattamenti è stato testato in studi randomizzati controllati esclusivamente con pazienti con DNP e, quando i pazienti con DNP sono stati inclusi nel campione, il loro numero effettivo era troppo piccolo per le analisi statistiche, oppure i risultati non sono stati riportati in modo separato per pazienti con DNP (Ball, 2007; Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa, & O'Neall, 2005; Ball, Maccarelli, LaPaglia, & Ostrowski, 2011; Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Vinnars, Barber, Norén, Gallop, & Weinryb, 2005). Inoltre, sono state delineate modalità di trattamento per pazienti con DNP e Disturbo Borderline di Personalità (DBP) in comorbidità (Diamond, Clarkin, et al., 2014). Attualmente mancano specifici trattamenti farmacologici per pazienti con DNP, e le strategie terapeutiche tipiche comprendono il trattamento sintomatico delle condizioni di comorbidità (Ronningstam & Weinberg, 2013). In base agli studi svolti, il DNP è associato all'assenza di progressi o ad un esito negativo del trattamento: il DNP predice un cattivo utilizzo dei servizi terapeutici, un tasso maggiore di improvvisa o prematura interruzione del trattamento (Campbell et al., 2009; Ellison, Levy, Cain, Ansell, & Pincus, 2013), e una maggior persistenza dei sintomi dopo la terapia (Jansson, Hesse, & Fridell, 2008).

Tabella 2 Psicoterapie per il DNP

Trattamenti specifici

Psicoterapia psicoanalitica (Fiscalini & Grey, 1993; Kernberg, 1975; Kohut, 1971; Ronningstam & Maltzberger, 2007; Rosenfeld, 1987)

Terapia cognitivo-comportamentale (Beck, Davis, & Freeman, 2005)

Schema-focused psychotherapy (Young et al., 2006)

Psicoterapia metacognitiva (Dimaggio & Attina, 2012)

Terapia di coppia (Links & Stockwell, 2002)

Terapia di gruppo (Alonso, 1992)

Trattamenti modificati

Psicoterapia focalizzata sul transfert (Diamond, Levy, et al. 2014; Diamond & Meehan, 2013)

Terapia dialettico comportamentale (Lynch & Cheavens, 2007)

Trattamento basato sulla mentalizzazione (A. W. Bateman, personal communication, NASSPD Conference, March 28, 2015, Boston, MA)

Terapia Metacognitiva Interpersonale

La Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) per il DNP è un trattamento manualizzato step-by-step sviluppato presso il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma nella seconda metà degli anni '90. Il trattamento ha lo scopo di smantellare progressivamente i processi narcisistici, in primo luogo favorendo uno stile cognitivo autobiografico, e in secondo luogo aumentando l'accesso agli stati interni e la consapevolezza dei pattern disfunzionali. Lo scopo finale è di favorire modelli adattivi di pensieri, emozioni e comportamenti, con un senso di autonomia e di agentività, riducendo il ricorso a strategie di regolazione perfezionistiche. Durante tutto il corso del trattamento è fondamentale che si presti costante attenzione alla relazione terapeutica per evitare le rotture e aumentare la cooperazione (Dimaggio & Attina, 2012). La TMI si focalizza sui seguenti aspetti target del narcisismo.

Stati del sé e schemi sé-altro

Grandiosità e fantasie di successo sono spesso aspetti facilmente riconoscibili delle difficoltà dei pazienti con NP, ma rappresentano solamente la manifestazione esterna di quelli che sono i processi centrali interni. La TMI si concentra principalmente su come la valutazione di sé oscilla dall'iper-valutazione all'auto-svalutazione. Inoltre, le persone con DNP sperimentano spesso rabbia, innescata dal sentirsi disprezzati, rifiutati od ostacolati nel perseguimento dei propri obiettivi. Tendono quindi

a denigrare gli altri se questi gli rimandano feedback negativi su di sé o li ostacolano (Ronningstam, 2009; Twenge & Campbell, 2003). Tuttavia, la rabbia non costituisce un obiettivo primario della TMI, che invece si focalizza sullo stato di vulnerabilità, sulla mancanza di fiducia in sé e sulla credenza di ricevere scarso supporto dagli altri. In generale, l'esperienza di un individuo con DNP si focalizza sul rango sociale, trascurando i bisogni di attaccamento: il sé vulnerabile rimane di solito nascosto. Lo scopo della terapia è di aumentare la fiducia dei pazienti nel fatto che i loro sforzi abbiano significato, indipendentemente dal fatto che li aiutino a raggiungere la perfezione (Dimaggio & Attinà, 2012).

Scarso senso di agentività

Per quanto possa sembrare contro intuitivo in persone spesso descritte come arroganti ed egocentriche, la spinta all'azione negli individui con DNP è diminuita. Quando è richiesta persistenza, la performance tende, dopo alcuni momenti iniziali, a calare nel tempo (Robins & Beer, 2001). I pazienti con narcisismo, quando non lottano per la grandiosità o non combattono contro un oppressore, non hanno accesso ai desideri più intimi che potrebbero farli sentire vivi e vitali; è come se mancassero di un senso di agentività esistenziale (Kohut, 1971; Modell, 1984; Dimaggio et al., 2008). Di conseguenza, il comportamento risulta eterodiretto e lo sforzo per ottenere ammirazione è una strategia di coping per evitare la terribile e incombente sensazione di assenza di scopo (Dimaggio & Attinà, 2012).

Alterazione della metacognizione e dell'empatia

La metacognizione è la capacità di riconoscere e riflettere sugli stati mentali, sia di sé che degli altri, nonché la capacità di utilizzare questa conoscenza per affrontare le difficoltà della vita sociale (Dimaggio & Lysaker, 2010). La compromissione delle capacità metacognitive è una caratteristica centrale del DNP (Dimaggio et al., 2002), infatti solitamente questi pazienti non sono consapevoli dei fattori interpersonali scatenanti le loro reazioni emotive. Il linguaggio emotivo è impoverito e le emozioni sono trascurate a favore delle teorizzazioni. I pazienti hanno anche difficoltà a mettere in discussione le proprie rappresentazioni rigide e guidate da schemi di sé e dell'altro, che sono indici di scarsa differenziazione metacognitiva. La loro capacità di mettersi nei panni degli altri e di reagire in modo empatico è compromessa, ma non sono consapevoli della loro scarsa empatia (Fan et al., 2011; Ritter et al., 2011). La TMI considera lo scarso monitoraggio come il principale deficit metacognitivo del DNP, e perciò l'obiettivo chiave del trattamento consiste nell'aiutare i pazienti a

comprendere che accedere alle proprie motivazioni e desideri, oltre che a lottare per la grandiosità, può aiutarli a vivere una vita più appagante (Dimaggio & Attinà, 2012).

Le procedure TMI

Lo step iniziale, che dovrebbe comunque continuare per tutta la terapia, è la regolazione della relazione terapeutica, in modo da ridurre al minimo le rotture e il disimpegno. Perciò i terapeuti TMI sono attenti a qualsiasi segno di deterioramento dell'alleanza e sono pronti a prevenire o riparare le eventuali rotture; inoltre, utilizzano la relazione terapeutica come fonte di informazioni per favorire modalità adattive di relazione (Dimaggio, Carcione et al., 2010; Safran & Muran, 2000). I terapeuti dovrebbero costantemente adottare un atteggiamento validante, monitorare qualsiasi tendenza alla dominanza, essere pronti a rilevare eventuali segnali relazionali negativi e presumere sempre che potrebbero contribuire ai problemi emergenti. È anche fondamentale un discreto utilizzo della self-disclosure per favorire un senso del "noi".

Il primo obiettivo terapeutico è quello di costruire una comprensione condivisa dei problemi del paziente e promuovere progressivamente la consapevolezza degli stati mentali. Una volta che i pazienti hanno acquisito un modello del proprio funzionamento, allora diventa possibile il cambiamento. Le procedure TMI comprendono una prima serie di passaggi chiamati "formulazione condivisa del funzionamento" e una seconda serie di passaggi chiamati "promozione del cambiamento" (Dimaggio & Attinà, 2012).

La formulazione condivisa del funzionamento è composta dai seguenti passaggi:

1. individuare episodi di vita dettagliati che dovrebbero informare su dove e quando si sono verificati, chi erano i protagonisti, che tipo di dialogo si è svolto e qual è il desiderio sottostante nel descrivere questo specifico episodio;
2. favorire la capacità dei pazienti di riconoscere i propri stati mentali contenuti nelle narrazioni, ovvero aiutarli a identificare e nominare le proprie emozioni e comprendere i trigger scatenanti;
3. raccogliere un numero sufficiente di ricordi autobiografici associati alle situazioni del presente, che costituiscano le prove di schemi interpersonali rigidi;
4. promuovere una consapevolezza condivisa degli schemi interpersonali ricorrenti, come il ricorso eccessivo all'antagonismo e alla ricerca di uno status, oltre che lo sforzo estremo di ottenere ammirazione e riconoscimento;

5. mostrare che la scarsa capacità di agentività, è un problema centrale, quindi promuovere azioni autonome guidate da desideri profondamente vissuti e scoraggiare le azioni basate su standard perfezionistici e/o volte ad ottenere l'ammirazione e l'approvazione degli altri.

La promozione del cambiamento è composta dai seguenti passaggi:

1. mostrare ai pazienti che i pensieri non rispecchiano necessariamente la realtà e che le situazioni possono essere comprese in modo diverso se viste da un'altra prospettiva;
2. dopo aver raggiunto la consapevolezza condivisa che la lotta per lo status è un normale bisogno umano, favorire l'accesso alle parti di sé sane e promuovere nuovi comportamenti che siano in accordo con i desideri più intimi del paziente;
3. stimolare una distanza critica dai vecchi schemi, costruire diversi modi di pensare ai problemi e un repertorio più ampio di rappresentazioni interpersonali;
4. incoraggiare la consapevolezza di come gli stili di pensiero e gli schemi interpersonali disfunzionali possono creare problemi e conflitti. Promuovere una diversità di prospettive di come le persone pensano, sentono e si comportano, cercando di favorire un maggiore senso di empatia verso gli altri.

Strategie pratiche

Weinberg e Ronningstam (2020) hanno individuato un approccio pragmatico al trattamento del DNP, al fine di promuovere la consapevolezza e il cambiamento nei pazienti. Tale approccio si basa sull'esperienza clinica degli autori ed è indipendente da uno specifico modello teorico, ma ha lo scopo di fornire strategie pratiche nel trattamento dei pazienti con DNP.

Identificare obiettivi di trattamento concreti, realistici e misurabili

L'identificazione degli obiettivi di trattamento è una componente centrale del trattamento di pazienti con DNP. Tali obiettivi devono essere significativamente correlati a ciò il paziente desidera cambiare, connessi ai valori della persona (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1985) e ad un autentico senso di sé (Johnson, 1987). Perciò è fondamentale che terapeuta e paziente lavorino insieme per identificare in modo collaborativo obiettivi chiari, realistici e misurabili. Gli obiettivi terapeutici rappresentano l'ancora della terapia, e possono creare motivazione al cambiamento, oltre che fungere da collante che aiuta il paziente a continuare la terapia nonostante le possibili difficoltà. La spiegazione della diagnosi di DNP è fondamentale, sebbene sia importante condurre tale discussione con termini vicini

all'esperienza del paziente, utilizzando le sue stesse parole, ed evitando un linguaggio giudicante e non descrittivo: i pazienti si sentono compresi quando viene fornita una chiara formulazione delle loro specifiche difficoltà, su come queste contribuiscono altre condizioni in comorbilità e su come queste minano gli obiettivi personali. Un ulteriore intervento comprende la psicoeducazione sullo scopo e sulla struttura della terapia, oltre che sugli effetti che realisticamente è possibile realizzare. Collegare gli obiettivi identificati alle difficoltà di regolazione dell'autostima rafforza l'alleanza, fa sentire il paziente compreso e aumenta la motivazione al trattamento. Gli obiettivi del trattamento non dovrebbero essere confusi con il perseguimento di obiettivi perfezionistici o grandiosi: quando il paziente individua questi ultimi invece che obiettivi realistici, il terapeuta potrebbe aprire una discussione su cosa tali obiettivi elevati rappresentano in termini di direzioni di valore (Hayes et al., 1985) e aiutarlo a riformulare gli obiettivi. Validare le motivazioni e le capacità del paziente è un altro modo per favorire l'identificazione degli obiettivi. Infatti, definire gli obiettivi è di per sé una sfida alla percezione grandiosa di sé, ed aiutare il paziente a tollerarlo è un passo importante verso il cambiamento. Identificare gli obiettivi favorisce lo sviluppo di una motivazione autonoma al trattamento (Zuroff et al., 2007), che è risultata essere un forte predittore dell'esito del trattamento stesso (McBride et al., 2010). Infatti, poiché l'alleanza terapeutica con pazienti con DNP è a rischio di rotture, sviluppare una motivazione autonoma al trattamento aiuta a sostenere la terapia di fronte alle sfide e aiuta il paziente a favorire un senso di agentività e un focus sul cambiamento.

Sviluppare un senso di agentività

La definizione degli obiettivi ha lo scopo di aiutare il paziente a sviluppare un senso di agentività. Il senso di agentività comprende una serie di strategie di regolazione dell'autostima come la percezione di controllo, l'autodirezionalità e la competenza esecutiva (Knox, 2011). Paradossalmente, alcuni pazienti con DNP raggiungono traguardi notevoli, sebbene possano comunque mancare di un senso di agentività e di padronanza. Gli interventi che possono aiutare i pazienti con DNP a sviluppare un senso di agentività sono, prima di tutto, interventi comportamentali come iniziare un lavoro o assumere un ruolo importante nell'ambiente terapeutico per acquisire un senso di controllo interno sulla risoluzione di problemi. In secondo luogo, l'ascolto riflessivo aiuta il paziente a generare una narrativa significativa su sé stesso (Adler, 2010): risolvere incoerenze e contraddizioni narrative sembra aumentare il senso di agentività (Adler, Harmeling, & Walder-Biesanz, 2013). Inoltre, una relazione terapeutica collaborativa è fondamentale per promuovere il senso di agentività, ovvero

quella che Knox (2011) definisce un “processo relazionale co-costruito” che previene il rischio che il paziente con DNP si senta troppo vulnerabile o impotente per impegnarsi nel trattamento.

Spostarsi verso la discussione di esperienze di competenza reale e debolezze

Lo spostamento verso un’esperienza e un’espressione di sé più autentiche è uno dei processi di cambiamento centrali nel trattamento dei pazienti con diagnosi di DNP (Johnson, 1987). Questo processo di solito avviene gradualmente quando i pazienti sono in grado di fidarsi di sé stessi e del terapeuta, e sono capaci di riconoscere e condividere pensieri, sentimenti ed osservazioni. Le strategie utili a promuovere questo processo sono, in primo luogo, l’adozione di un atteggiamento esplorativo e di apertura: è molto utile incoraggiare il paziente a discutere le esperienze interne, non solo gli eventi di vita esterni, e applicare un approccio collaborativo per comprendere la prospettiva del paziente. Inoltre, chiarire le prospettive mutevoli e incompatibili su sé stessi e gli altri, e incoraggiare la consapevolezza dei fattori scatenanti, delle fluttuazioni dell’autostima e delle strategie di coping adattive e maladattive può favorire il processo terapeutico (Ronningstam, 2012). Le componenti chiave in questo processo sono (a) la curiosità del terapeuta riguardo le esperienze interne veicolata attraverso domande su di essa e l’esplorazione dettagliata di vari pattern di pensieri, emozioni e comportamenti; (b) la validazione da parte del terapeuta delle esperienze del paziente; e (c) l’ascolto del terapeuta senza avanzare supposizioni o serbare preconcetti sul paziente. Una seconda strategia consiste nell’aiutare il paziente ad identificare la funzione della grandiosità e del disprezzo di sé, che servono entrambi a distanziarsi dalle esperienze reali, compreso dal proprio corpo, fornendo una certezza patologica e limitando l’espressione di sé. Aiutare il paziente a superare la grandiosità o il disprezzo di sé è un processo graduale che dipende da una stretta collaborazione in terapia. Quando il paziente con DNP si confronta con una delusione reale ed ha la possibilità di elaborarla in un ambiente validante, si può verificare un cambiamento (Ronningstam et al., 1995) verso una rappresentazione di sé più integrata, una narrazione di sé più coesa, una percezione di sé più equilibrata ed un’esperienza del proprio corpo più radicata. Inoltre, data la presenza di deficit di mentalizzazione (Diamond, Levy, et al., 2014), i pazienti con DNP possono trovare particolarmente utili una serie di strategie basate sulla mentalizzazione (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008), come il mettere in discussione le assunzioni e le credenze mantenute con certezza, guidando il paziente dal “riferire” al “riflettere” e aiutandolo a spostarsi ripetutamente dalla curiosità verso sé stesso a quella verso gli altri, nonché dalle emozioni ai pensieri. Validare sorpresa, curiosità e il crescere dell’interesse nel comprendere sé e gli altri, aiuta il paziente a sentirsi supportato nello sviluppo di

nuove capacità (Allen et al., 2008). Una manifestazione estrema di intolleranza all'incertezza è il non accettare la differenza di prospettive rispetto al terapeuta (Britton, 2004). Questo potrebbe condurre a tentativi da parte del paziente di controllare gli interventi e il pensiero del terapeuta. In questo caso, la continua validazione delle esperienze del paziente, la curiosità verso la sua esperienza e l'esplorazione delle sue reazioni a differenze reali o percepite, sono fondamentali per aiutarlo a tollerare tali differenze.

Sviluppare un'alleanza terapeutica collaborativa

La possibilità di sviluppare un'alleanza terapeutica con pazienti con DNP è limitata dallo stile di attaccamento. Tenere gli altri a distanza può assumere diverse forme, che vanno dalla svalutazione per paura di essere rifiutati o umiliati, fino all'idealizzazione nella speranza di stabilire un "patto di mutua idealizzazione" (Wallin, 2007). Per altri pazienti con DNP, l'evitamento degli altri e il ritiro in uno "splendido isolamento" aiutano a mantenere una certa illusione di controllo e di protezione da esperienze emotive indesiderate e da un temuto senso di vulnerabilità. La letteratura sull'alleanza terapeutica distingue tre tipi di alleanza: (a) un contratto tra terapeuta e paziente riguardo il lavoro congiunto e gli obiettivi della terapia, (b) un accordo su ruoli e responsabilità di terapeuta e paziente, e (c) l'attaccamento al terapeuta.

Accordo contrattuale

Definire le condizioni di sicurezza è il primo grande compito della terapia con pazienti con NP. Riguarda la discussione della cornice del trattamento e di quali siano i comportamenti consentiti e quali proibiti. Un'altra modalità per stabilire la sicurezza riguarda il discutere e l'anticipare i comportamenti che interferiscono con il trattamento. Anche la sicurezza del terapeuta è di fondamentale importanza, e discutere dei problemi che possono mettere a rischio il terapeuta è una priorità. Si suggerisce di adottare un approccio collaborativo per la costruzione dell'alleanza terapeutica che riguardi il lavorare "fianco a fianco" piuttosto che imporre obiettivi ed interventi terapeutici (Jobes, 2000).

Definizione di ruoli e responsabilità

Questa rappresenta un'importante area di negoziazione con pazienti con DNP, che sono sensibili alle differenze di potere nella relazione o si aspettano un abuso di potere da parte del terapeuta (Fiscalini, 1994). In primo luogo, la psicoeducazione sul DNP e sulla natura della psicoterapia aiuta a stabilire

ruoli e responsabilità chiari. Poi, è cruciale riconoscere, validare ed esplorare le difficoltà che i pazienti con DNP riscontrano nel processo di collaborazione e affidamento al terapeuta. I pazienti con DNP hanno un'intrinseca ambivalenza verso la relazione terapeutica, la loro dipendenza verso le capacità e l'aiuto del terapeuta e la natura del lavoro insieme. Temono la dipendenza, che vivono come un'esperienza umiliante e perciò possono rispondere prontamente con invidia, competizione o svalutazione degli interventi del terapeuta (Kernberg, 2007), fino ad arrivare ad interrompere il trattamento per recuperare controllo e indipendenza. Inoltre, esplorare diversi aspetti delle differenze di potere, reali o percepite, è un'ulteriore strategia per promuovere la collaborazione (Fiscalini, 1994).

Costruzione del legame di attaccamento

Lo sviluppo dell'attaccamento al terapeuta non è un elemento da aspettarsi all'inizio della terapia, ma richiede persistenza e stretta collaborazione nella risoluzione degli ostacoli interferenti. Considerare l'attaccamento evitante come una strategia di sopravvivenza in un contesto di trauma relazionale (Maldonado, 2006), può aiutare il terapeuta a comprendere l'esperienza dei pazienti. La ricerca di attaccamento – ovvero di cura, dipendenza e intimità – è spesso respinta dai pazienti con DNP, attraverso la dissociazione, l'intellettualizzazione, la rabbia, la fuga negli agiti o l'utilizzo di sostanze alteranti. Perciò il terapeuta deve prestare molta attenzione all'esperienza del paziente e incoraggiare la consapevolezza e la condivisione degli stati emotivi interni (Wallin, 2007). Una serie di strategie aiutano a costruire l'attaccamento con pazienti con DNP in terapia. Per cominciare, è importante aiutare il paziente ad articolare la propria esperienza, anche sviluppando un lessico emotivo e tollerando gli affetti che emergono (Jurist, 2005): nominare gli stati emotivi presenti nel paziente e rivelare con prudenza le proprie reazioni emotive al racconto del paziente può promuovere il riconoscimento delle emozioni e quindi le esperienze interne diventano più gestibili ed è meno probabile che il paziente eviti il coinvolgimento in terapia. Inoltre, affrontare il distacco dalla relazione terapeutica è una strategia efficace per coinvolgere il paziente con DNP. L'esplorazione e la chiarificazione di tali temi rivela che molti pazienti con DNP tendono a descrivere verbalmente un contenuto mentre agiscono l'esatto opposto. Per esempio, un paziente potrebbe raccontare come gli altri lo respingano e al contempo presentare diversi pattern di evitamento e disprezzo degli altri. Riconoscere questo tema, potrebbe portare all'identificazione di possibili inversioni di ruolo e ad una formulazione collaborativa di tali pattern (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2015). L'esplorazione ripetuta di queste dinamiche aiuta a stabilire un attaccamento più sicuro (Diamond, Clarkin, et al., 2014) e aumenta la percezione di prevedibilità e controllo. Un ulteriore aspetto critico è la capacità

di imparare dai pazienti, ovvero di essere disponibili a lasciarsi guidare dal paziente riguardo a ciò che è d'aiuto e cosa no. Le comunicazioni dei pazienti, sia dirette che indirette, su ciò che ritengono li aiuti in terapia, devono essere seriamente prese in considerazione. Infine, considerare sia il terapeuta che il paziente come contribuenti all'interazione terapeutica promuove la fiducia e costituisce un esempio di umiltà oltre che di abilità di assumersi la responsabilità delle proprie azioni. Riconoscere i contributi personali all'interazione, incluso chiedere scusa per gli errori (Allen et al., 2008), e vedere l'interazione intrinsecamente come una co-creazione di due parti (Ogden, 1994), promuove la fiducia epistemica (Fonagy & Allison, 2014), e apre il paziente all'internalizzazione di nuove forme di interazione, favorendo così l'attaccamento sicuro.

Anticipare le minacce all'alleanza e alla collaborazione produttiva

Identificare i possibili ostacoli ad una collaborazione efficace è fondamentale, poiché diverse caratteristiche dei pazienti con DNP interferiscono con la costruzione di una collaborazione, come il perfezionismo, la vergogna, la svalutazione o l'idealizzazione difensive degli altri e l'evitamento. Possono anche coinvolgersi solo apparentemente in un'alleanza, ma senza impegnarsi in cambiamenti significativi. In questi casi, il transfert può indicare una combinazione di dipendenza verso il terapeuta ed evitamento all'impegno nella propria vita, che tende a mantenere lo status quo (Weinberg & Ronningstam, 2020).

L'esplorazione dei percorsi terapeutici precedenti, così come delle relazioni di vita importanti, può aiutare ad anticipare molte minacce all'alleanza. Il contratto terapeutico ha proprio la funzione di anticipare e contenere tali possibili sviluppi. I contratti terapeutici sono solitamente negoziati all'inizio del trattamento, e possono essere strutturati in base alla specifica situazione clinica (Clarkin et al., 2015). Tali contratti consistono nello stipulare un accordo con il paziente riguardo il trattamento, compresi i comportamenti permessi e quelli vietati, nonché le possibili conseguenze (Meichenbaum & Turk, 1987). Con i pazienti con NP, i contratti sono necessari, ma richiedono una negoziazione più lunga e dettagliata, in particolare nella comprensione e nell'accordo sul loro significato e sulle intenzioni del terapeuta.

I terapeuti dovrebbero prestare attenzione alla tendenza a stabilire contratti e ultimatum in risposta a desideri controtransferali di controllo, punizione o competizione. Certamente gli ultimatum di vita sono uno dei principali motivi per cui i pazienti con DNP arrivano in terapia, e sono tipicamente sfide al funzionamento narcisistico abituale come: fallimenti, problemi professionali, questioni legali, difficoltà coniugali o divorzi. In pratica il paziente si trova di fronte ad un bivio che richiede o un

cambiamento interno o una perdita in un'importante area di vita (Ronningstam & Weinberg, 2013). È probabile che già la consapevolezza di questo dilemma aumenti la motivazione al cambiamento. Tali ultimatum non dovrebbero essere affiancati ad ultimatum terapeutici, ovvero stabilire che il trattamento si interromperà a meno che il paziente non soddisfi una determinata condizione. Con pazienti con DNP gli ultimatum terapeutici rischiano di coinvolgere il paziente in lotte di potere, che spesso conducono al termine della terapia. Di fatto, l'attaccamento evitante rende la relazione terapeutica troppo debole, e non permette al terapeuta di utilizzarla come leva, perciò gli ultimatum terapeutici dovrebbero essere utilizzati solo come ultima scelta strategica (Schwartz 1990).

Affrontare i comportamenti che interferiscono con la terapia

Valutare le difficoltà del paziente come derivanti esclusivamente dalla traumatizzazione o da fallimenti empatici altrui, può condurre ad evitare attivamente i problemi che potenzialmente possono minare ed anche interrompere il percorso di trattamento.

La terapia deve aiutare a sviluppare un senso di sana agentività e responsabilità, che sia diverso dal grandioso senso di importanza o dalla vergogna paralizzante. E ciò include l'assunzione di responsabilità dei comportamenti che interferiscono con il trattamento (vedi Tabella 3; Glick, Stillman, Reardon, & Ritvo, 2012). Inoltre, è importante esplorare come tali problemi si manifestano non solo con il terapeuta, ma anche con gli altri.

Tabella 3 Gerarchia dei comportamenti che interferiscono con il trattamento

-
1. Comportamenti suicidari
 2. Abuso di sostanze
 3. Problemi nella presenza alle sedute, comprese richieste di "eccezioni" e trattamenti speciali
 4. Modalità parassitarie che bloccano il trattamento, compresa disabilità ingiustificata e supporto esterno nonché il coinvolgimento di altri in accordi "facilitanti"
 5. Occultamento, comunicazioni parziali, disonestà
 6. Non pagare la terapia, non stabilire gli accordi necessari per il pagamento, problemi lavorativi, creare o non risolvere le circostanze che interferiscono con il trattamento
 7. Disimpegno attraverso svalutazione, idealizzazione, dissoluzione dell'attaccamento o evitamento emotivo
 8. Estrema sfida, ribellione e competizione verso il terapeuta
-

-
9. Intolleranza a prospettive differenti, rifiuto delle spiegazioni logiche
 10. Uso improprio del processo di trattamento e degli interventi del terapeuta
-

Errori da evitare

Ignorare il controtransfert

Ognuno di noi, nel corso dello sviluppo, costruisce schemi interpersonali, a partire dalle interazioni ripetute con le figure di attaccamento, che fungono da rappresentazioni della relazione sé-altro, in modo tale da permetterci di massimizzare la probabilità di mantenere la relazione con tali figure (Safran & Muran, 2000). Quando gli schemi interpersonali patogeni spingono i pazienti a comportamenti e comunicazioni tipici, che elicitano nell'altro risposte prevedibili, che a loro volta confermano le aspettative temute, si sta verificando un ciclo interpersonale (Safran & Segal, 1990). Nel trattamento dei disturbi di personalità, i cicli interpersonali si attivano con intensità e frequenza molto maggiori che nelle altre terapie, inducendo nel terapeuta emozioni che, se agite, possono rinforzare la psicopatologia (Semerari & Dimaggio, 2015). Inoltre, Clarkin, Yeomans e Kernberg (1999), osservano che le risposte controtransferali del terapeuta sono tanto più prescritte dalla patologia, e quindi indipendenti dalle variabili personali del terapeuta, quanto più la patologia è grave. Gli agiti controtransferali, seppur inevitabili, sono il motivo più frequente di stallo o di fallimento del trattamento di pazienti con DNP. I terapeuti di pazienti con DNP riferiscono di sentirsi infastiditi, usati, maltrattati, criticati o respinti. Ma possono anche sentirsi annoiati, sperimentare tensione sessuale, e persino desiderare di essere crudeli nei confronti del paziente (Betan, Heim, Zittel Conklin, & Westen, 2005). Elaborare tali vissuti è fondamentale per minimizzare il rischio di agiti come il distanziamento dal paziente, la conclusione del trattamento, l'espressione di irritazione, l'oggettificazione e la competizione, il trattare il paziente come una vittima indifesa, un genio incompreso o addirittura assumere ruoli nella sua vita, al di fuori del setting terapeutico. Una volta elaborato, il controtransfert fornisce preziose informazioni sul mondo interno del paziente e sulla relazione terapeutica (Huprich, 2008), oltre che informare il clinico riguardo le tipiche reazioni che il paziente probabilmente evocherà negli altri. A volte il controtransfert può riflettere le esperienze interne del paziente. In questi casi, le reazioni controtransferali forniscono un'istantanea delle esperienze interne di cui il paziente potrebbe non essere ancora consapevole. Altre reazioni invece, riflettono ciò che il paziente si aspetta dagli altri. In entrambi i casi, lo scopo della terapia è di aiutare il paziente ad articolare gradualmente queste esperienze e ad integrarle nell'idea di sé. Tuttavia,

nonostante i migliori sforzi del terapeuta, gli agiti controtransferali sono inevitabili nel trattamento con pazienti con DNP. L'approccio più efficace inizia con il riconoscimento da parte del terapeuta di ciò che è accaduto, senza entrare in rivelazioni personali o ampie scuse. Quindi il terapeuta invita il paziente ad esplorare il suo vissuto dell'agito, cioè le emozioni e i pensieri che l'agito gli suscita. Il passo successivo consiste nel comprendere tali agiti in termini di processo co-creato sia dal terapeuta, che dal paziente (Weinberg & Ronningstam, 2020).

Intraprendere lotte di potere

I pazienti con DNP hanno bisogno di sentirsi artefici del proprio trattamento, e la relazione terapeutica di per sé prevede già un certo numero di differenze di potere, perciò i pazienti con DNP impiegheranno ogni sforzo per mantenere il controllo. A volte, tali differenze di potere dovrebbero essere riconosciute e il loro significato esplorato. Interventi autoritari da parte del terapeuta potrebbero portare ad una falsa compliance o ad un impasse. Quando si verifica una lotta di potere, molti pazienti con DNP annullano appuntamenti o persino interrompono il trattamento, potrebbero rifiutarsi di parlare o farlo in una modalità superficiale, ma anche potrebbero arrabbiarsi o minacciare (e anche intraprendere) una causa legale per preservare la percezione di essere al comando e quindi sentirsi protetti (Weinberg & Ronningstam, 2020).

Confutare direttamente la grandiosità o disprezzo di sé del paziente

Sia la percezione grandiosa di sé, sia il disprezzo di sé ricoprono importanti funzioni psicologiche (Ronningstam, 2012). Perciò non essere d'accordo con una di queste credenze o anche avanzare prove che le contraddicono, è probabile che spinga il paziente ad ulteriori tentativi di dimostrare di avere ragione, leggendo le minacce alla percezione grandiosa di sé come un'offesa (Weinberg & Ronningstam, 2020). Sfidare la grandiosità al di fuori del perseguimento di obiettivi significativi è controproducente, perché diminuisce il senso di agentività. Inoltre, non offre una strategia d'azione alternativa e preclude un significativo perseguimento degli obiettivi. Allo stesso modo, essere in disaccordo con il disprezzo di sé oppure offrire lodi o prove che contraddicono l'autocommiserazione è generalmente percepito come invalidante, poiché tali interventi non tengono conto della funzione del disprezzo di sé. Un'alternativa più efficace consiste nell'esplorare le funzioni e le conseguenze, sia positive che negative, delle credenze grandiose e dell'autodisprezzo (Hayes et al., 1985), in modo che il paziente possa riconoscere la natura disfunzionale di tali credenze e gradualmente abbandonarle.

Indugiare troppo sul senso di grandiosità o di disprezzo di sé del paziente

Sebbene molti pazienti con DNP abbiano una storia di abbandono, deprivazione, mancanza di protezione e trauma (Cohen et al., 2014), sono allo stesso tempo partecipanti attivi nel perpetuare la propria sofferenza. Se ignorare il passato rischia di risultare invalidante, allo stesso tempo non considerare il ruolo attuale del paziente gli impedisce di acquisire agentività nella propria vita e limita le speranze di cambiamento. Solitamente, ignorare il ruolo attuale del paziente tende a bloccare il trattamento perché i suoi bisogni di mantenere una percezione di sé irrealistica o grandiosa non vengono discussi o sono addirittura esagerati. Il normale bisogno di sentirsi riconosciuti per talenti e risultati realistici, deve essere distinto dal bisogno di ammirazione. Riconoscere i talenti e i risultati realistici aiuta il paziente a sviluppare una distinzione tra le proprie capacità e la grandiosità, oltre a rafforzare l'alleanza terapeutica (Weinberg & Ronningstam, 2020).

Utilizzare interventi eccessivamente empatici

I pazienti con DNP sono sensibili ai temi di autodeterminazione, controllo e territorialità. Di conseguenza, l'abuso di interventi empatici, di validazione o di interpretazione possono essere percepiti dai pazienti come intrusioni, tentativi di controllo o umiliazioni (Ronningstam, 2012). Allo stesso modo, la validazione e, in particolare l'empatia, paradossalmente possono aumentare la percezione di perdita di controllo interno ed essere vissute come minacciose da pazienti che solo raramente le hanno sperimentate nelle relazioni intime (Wallin, 2007). È come se i pazienti con DNP dovessero essere trattati come un fiore del deserto da annaffiare con parsimonia. Perciò, l'empatia dovrebbe essere utilizzata con cautela, e il terapeuta dovrebbe essere pronto ad esplorare l'esperienza del paziente a tali interventi.

Ignorare gli eventi di vita rilevanti per l'autostima

La vita è la miglior maestra. Gli eventi di vita possono contribuire in modo significativo ai cambiamenti nella sintomatologia del DNP, specialmente se comprendono normali disillusioni e sono accompagnati da un supporto emotivo che guida il paziente attraverso il lutto di aspettative irrealistiche di sé e degli altri. Essere consapevoli delle naturali conseguenze del comportamento del paziente, gli permette di avere l'opportunità di conoscere le reazioni degli altri e le capacità e limiti personali. Perciò è cruciale incoraggiare i pazienti a coinvolgersi nella vita, cioè a non evitare le amicizie ma ad assumersi responsabilità professionali e personali per creare tali opportunità. In

sostanza, la terapia ha la funzione di aiutare i pazienti ad imparare dalle proprie esperienze e ad elaborare il lutto di aspettative, percezioni e credenze non realistiche (Weinberg & Ronningstam, 2020).

Conclusioni

Il disturbo narcisistico di personalità è il nuovo disturbo borderline di personalità (Choi-Kain, 2020). Ovvero, ad oggi il DNP rappresenta una condizione psicopatologica ampiamente stigmatizzata e poco compresa, come al tempo lo era il DBP. Una delle maggiori criticità che coinvolge il tema del narcisismo, risiede nella discrepanza tra la rappresentazione multi-sfaccettata del NP e la descrizione del DNP presente nel DSM-5, Sezione II (APA, 2013) ridotta a comportamenti esterni riferibili allo stato grandioso. Tale discrepanza mantiene sia lo stigma sociale verso questi pazienti, sia impedisce un'adeguata valutazione psicodiagnostica da parte dei clinici. Infatti, solitamente i pazienti con DNP arrivano in terapia nello stato di vulnerabilità narcisistica, e perciò può capitare che il DNP venga spesso scambiato per disturbo evitante di personalità, disturbo passivo-aggressivo di personalità o disturbo depressivo di personalità. E se è vero che una buona formulazione diagnostica serve ad orientare il trattamento, il mancato riconoscimento del NP può ancor più aumentare il rischio di rotture dell'alleanza e dropout. Inoltre, il clinico che identifica il NP unicamente con le caratteristiche grandiose descritte nel DSM-5, rischierebbe di nutrire un pregiudizio da folk psychology verso tali pazienti e, seppur in modo inconsapevole, incorrere nel bias cognitivo di evitare di effettuare una restituzione diagnostica, allo scopo di evitare che il paziente si possa sentire giudicato (quando potrebbe essere che il primo a giudicare sia proprio il clinico stesso), e ciò potrebbe impedire la strutturazione del primo elemento dell'alleanza terapeutica, ovvero la definizione del contratto, inficiando l'esito del trattamento.

Di certo, questa visione generale riflette la scarsa comprensione dei meccanismi di funzionamento del disturbo, legata in parte a deficit metacognitivi tipici del disturbo stesso, in parte al tipo di cicli interpersonali che si creano in terapia, oltre che ad un'importante quota di stigma sociale che riguarda i disturbi di personalità, ed in particolare il DNP. Per questi motivi, appare necessario un impegno condiviso di clinici e ricercatori nell'ambito della patologia della personalità, per aumentare la conoscenza del funzionamento interno del DNP, ovvero della descrizione accurata dei diversi stati mentali, di ciò che favorisce la transizione tra di essi e della reazione tra stati mentali e comportamenti problematici. D'altro canto, la rappresentazione del DNP come, essenzialmente, ostacolo alla costruzione dell'alleanza terapeutica e ai cambiamenti terapeutici, fornisce una visione parziale di

una condizione psicopatologica che può privare il paziente della capacità di godere della vita tanto da, in alcuni casi, portare alla fine autoinferta. In sostanza, se è vero che, come dice Semerari, “il miglior modo per capire una malattia è prendersela”, allora ci auguro di accedere ai nostri personali stati di disregolazione dell’autostima, in modo che tale processo possa favorire il passaggio da una posizione anti-empatica al massimo dell’empatia possibile e aumenti lo sforzo nel costruire studi clinici che ci permettano di comprendere in modo più accurato il funzionamento del DNP e di identificare trattamenti specifici con solide prove di efficacia.

Bibliografia

- Adler, J. M. (2010). Living into the story: Agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 367–389.
- Adler, J. M., Harmeling, L. H., & Walder-Biesanz, I. (2013). Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy clients’ mental health under routine clinical conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 839.
- Akhtar, S., & Thomson, J. A. (1982). Overview: Narcissistic personality disorder. *Am J Psychiatry*, 139(1).
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). Mentalizing in clinical practice. American Psychiatric Pub.
- Alonso, A. (1992). The shattered mirror: Treatment of a group of narcissistic patients. *Group*, 16(4), 210-219.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. 3rd ed. American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1990). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. 4th ed. American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th ed. American Psychiatric Press.
- Ball, S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of personality disorders*, 21(3), 305-321.
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., & O’neall, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive psychiatry*, 46(5), 371-379.
- Ball, S. A., Maccarelli, L. M., LaPaglia, D. M., & Ostrowski, M. J. (2011). Randomized trial of dual-focused versus single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(5), 319.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322.
- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in narcissistic personality disorder: from clinical and empirical perspectives. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(3), 323.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.
- Behary, W. T., & Dieckmann, E. (2011). Schema therapy for narcissism. *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 445-56.
- Besser, A., & Priel, B. (2009). Emotional responses to a romantic partner's imaginary rejection: The roles of attachment anxiety, covert narcissism, and self-evaluation. *Journal of personality*, 77(1), 287-325.

- Betan, E., Heim, A. K., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
- Bouizegarene, N., & Lecours, S. (2017). Verbal elaboration of distinct affect categories and narcissistic personality disorder features. *Psychoanalytic Psychology*, 34(3), 279.
- Britton, R. (2004). Subjectivity, objectivity, and triangular space. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73(1), 47-61.
- Brown, R. P., Budzek, K., & Tamborski, M. (2009). On the meaning and measure of narcissism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(7), 951-964.
- Buss, D. M., & Chiodo, L. M. (1991). Narcissistic acts in everyday life. *Journal of personality*, 59(2), 179-215.
- Cain, N. M., Pincus, A. L., & Ansell, E. B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical psychology review*, 28(4), 638-656.
- Caligor, E., Kernberg, O. F., Clarkin, J. F., & Yeomans, F. E. (2018). *Psychodynamic therapy for personality pathology: Treating self and interpersonal functioning*. American Psychiatric Pub.
- Caligor, E., & Stern, B. L. (2020). Diagnosis, classification, and assessment of narcissistic personality disorder within the framework of object relations theory. *Journal of personality disorders*, 34(Supplement), 104-121.
- Campbell, W. K., & Foster, J. D. (2007). The narcissistic self: Background, an extended agency model, and ongoing controversies. *The self*, 115-138.
- Campbell, M. A., Waller, G., & Pistrang, N. (2009). The impact of narcissism on drop-out from cognitive-behavioral therapy for the eating disorders: A pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(4), 278-281.
- Choi-Kain, L. (2020). Commentary on the special issue: Narcissistic personality disorder: A coming of age. *Journal of personality disorders*, 34(Supplement), 210-213.
- Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Pub.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American journal of psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons Inc.
- Cohen, L. J., Tanis, T., Bhattacharjee, R., Nesci, C., Halmi, W., & Galynker, I. (2014). Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology?. *Psychiatry research*, 215(1), 192-201.
- Cooper AM. 1981. Narcissism. In *American Handbook of Psychiatry*, ed. S Arieti, H Keith, H Brodie, 4:297–316.
- Diamond, D., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Meehan, K. B., Cain, N. M., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with and without comorbid narcissistic personality disorder in transference focused psychotherapy. *Contemporary psychoanalysis*, 50(1-2), 175-210.
- Diamond, D., Levy, K. N., Clarkin, J. F., Fischer-Kern, M., Cain, N. M., Doering, S., ... & Buchheim, A. (2014). Attachment and mentalization in female patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 428.
- Diamond, D., & Meehan, K. B. (2013). Attachment and object relations in patients with narcissistic personality disorder: Implications for therapeutic process and outcome. *Journal of clinical psychology*, 69(11), 1148-1159.
- Dimaggio, G., & Attinà, G. (2012). Metacognitive interpersonal therapy for narcissistic personality disorder and associated perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 68(8), 922-934.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Semerari, A., & Nicolo, G. (2010). A rational model for maximizing the effects of therapeutic relationship regulation in personality disorders with poor metacognition and over-regulation of affects. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 363-384.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (Eds.). (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders: From research to treatment*. Routledge.
- Dimaggio, G., & Lysaker, P. H. (2018). A pragmatic view of disturbed self-reflection in personality disorders: Implications for psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 32(3), 311-328.

- Dimaggio, G., Nicolo, G., Fiore, D., Centenero, E., Semerari, A., Carcione, A., & Pedone, R. (2008). States of minds in narcissistic personality disorder: Three psychotherapies analyzed using the grid of problematic states. *Psychotherapy Research*, 18(4), 466-480.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Falcone, M., Nicolo, G., Carcione, A., & Procacci, M. (2002). Metacognition, states of mind, cognitive biases, and interpersonal cycles: Proposal for an integrated narcissism model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(4), 421.
- Ellison, W. D., Levy, K. N., Cain, N. M., Ansell, E. B., & Pincus, A. L. (2013). The impact of pathological narcissism on psychotherapy utilization, initial symptom severity, and early-treatment symptom change: A naturalistic investigation. *Journal of personality assessment*, 95(3), 291-300.
- Fan, Y., Wonneberger, C., Enzi, B., De Greck, M., Ulrich, C., Tempelmann, C., ... & Northoff, G. (2011). The narcissistic self and its psychological and neural correlates: an exploratory fMRI study. *Psychological medicine*, 41(8), 1641-1650.
- Fiscalini, J. (1994). Narcissism and coparticipant inquiry: Explorations in contemporary interpersonal psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis*, 30(4), 747-776.
- Fiscalini, J., & Grey, A. L. (1993). *Narcissism and the interpersonal self*. Columbia University Press.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, L. J., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Gabbard, G. O. (2009). Transference and countertransference: Developments in the treatment of narcissistic personality disorder. *Psychiatric Annals*, 39(3).
- Gabbard, G. O., & Crisp, H. (2018). Narcissism and its discontents: Diagnostic dilemmas and treatment strategies with narcissistic patients. *American Psychiatric Pub*.
- Gallagher, S. (2012). Multiple aspects in the sense of agency. *New ideas in psychology*, 30(1), 15-31.
- Glick, I. D., Stillman, M. A., Reardon, C. L., & Ritvo, E. C. (2012). Managing psychiatric issues in elite athletes. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(5), 0-0.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1985). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford Press.
- Horowitz, M. (2009). Clinical phenomenology of narcissistic pathology. *Psychiatric Annals*, 39(3).
- Huprich, S. K. (2008). *Narcissistic patients and new therapists: Conceptualization, treatment, and managing countertransference*. Jason Aronson.
- Jansson, I., Hesse, M., & Fridell, M. (2008). Personality Disorder Features as Predictors of Symptoms Five Years Post-Treatment. *The American journal on addictions*, 17(3), 172-175.
- Jobes, D. A. (2000). Collaborating to prevent suicide: a clinical-research perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1), 8-17.
- Johnson, S. M. (1987). *Humanizing the narcissistic style*. WW Norton & Company.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). Contemporary psychoanalytic approaches to narcissism. *Severe Personality Disorders*, 179-196.
- Kernberg O. F. (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical background and diagnostic classification. See Ronningstam 1998, pp. 29–51^[1]_[SEP]
- Kernberg, O. F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 503-539.
- Kernberg O. F. (2009). Narcissistic personality disorders: part 1. *Psychiatr. Ann.* 39:105–67^[1]_[SEP]
- Kernberg, O. F. (2010). Some observations on the process of mourning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(3), 601-619.
- Kernberg, O. F. (2012). *The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives*. American Psychiatric Pub.
- Kernberg, O. F., & Caligor, E. (2005). *A psychoanalytic theory of personality disorders*.
- King, R. M., Grenyer, B. F., Gurtman, C. G., & Younan, R. (2020). A clinician's quick guide to evidence-based approaches: Narcissistic personality disorder. *Clinical Psychologist*, 24(1), 91-95.
- Knox, J. (2010). *Self-Agency in Psychotherapy: Attachment, Autonomy, and Intimacy* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company.

- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. University of Chicago Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: Int.
- Kramer, U., & Pascual-Leone, A. (2018). Self-knowledge in personality disorders: an emotion-focused perspective. *Journal of personality disorders, 32*(3), 329-350.
- Kris, A. O. (1990). Helping patients by analyzing self-criticism. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 38*(3), 605-636.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry, 62*(6), 553-564.
- Links, P. S., & Stockwell, M. (2002). The role of couple therapy in the treatment of narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychotherapy, 56*(4), 522-538.
- Lynch, T. R., & Cheavens, J. S. (2007). DBT for depression with comorbid personality disorders. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 264–297). Guilford Press.
- Maldonado, J. L. (2006). Vicissitudes in adult life resulting from traumatic experiences in adolescence. *The International Journal of Psychoanalysis, 87*(5), 1239-1257.
- Marčinko, D., Jakšić, N., Ivezić, E., Skočić, M., Surányi, Z., Lončar, M., ... & Jakovljević, M. (2014). Pathological narcissism and depressive symptoms in psychiatric outpatients: Mediating role of dysfunctional attitudes. *Journal of Clinical Psychology, 70*(4), 341-352.
- McBride, C., Zuroff, D. C., Ravitz, P., Koestner, R., Moskowitz, D. S., Quilty, L., & Bagby, R. M. (2010). Autonomous and controlled motivation and interpersonal therapy for depression: Moderating role of recurrent depression. *British Journal of Clinical Psychology, 49*(4), 529-545.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., ... & Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *American journal of psychiatry, 162*(5), 883-889.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. Plenum Press.
- Miller, J. D., Gaughan, E. T., Pryor, L. R., & Kamen, C. (2009). The consequences of depressive affect on functioning in relation to Cluster B personality disorder features. *Journal of abnormal psychology, 118*(2), 424.
- Mizen, C. S. (2014). Narcissistic disorder and the failure of symbolisation: A Relational Affective Hypothesis. *Medical hypotheses, 83*(3), 254-262.
- Modell, A. H. (1984). *Psychoanalysis in a New Context*. New York (International Universities Press) 1984.
- Morf, C. C. (2006). Personality reflected in a coherent idiosyncratic interplay of intra-and interpersonal self-regulatory processes. *Journal of Personality, 74*(6), 1527-1556.
- Morrison, A. P. (2014). *Shame: The underside of narcissism*. Routledge.
- Nasone, P. O. (2013). *Le metamorfosi* (Vol. 398). Newton Compton Editori.
- Nazzaro, M. P., Boldrini, T., Tanzilli, A., Muzi, L., Giovanardi, G., & Lingiardi, V. (2017). Does reflective functioning mediate the relationship between attachment and personality?. *Psychiatry Research, 256*, 169-175. New York: Basic Books_{SEP}.
- Newhill, C. E., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2003). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Ogden, T. (1994). *Subjects of analysis*. London, UK: Karnac.
- Oldham JM, Morris LB. (1995). *The New Personality Self-Portrait: Why You Think, Work, Love, and Act the Way You Do*. Bantam Books_{SEP}.
- Pincus, A. L. (2005). *A Contemporary Integrative Interpersonal Theory of Personality Disorders*.
- Pincus, A. L., Ansell, E. B., Pimentel, C. A., Cain, N. M., Wright, A. G., & Levy, K. N. (2009). Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological assessment, 21*(3), 365.
- Pincus, A. L., & Lukowitsky, M. R. (2010). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual review of clinical psychology, 6*, 421-446.

- Pulay, A. J., Dawson, D. A., Hasin, D. S., Goldstein, R. B., Ruan, W. J., Pickering, R. P., ... & Grant, B. F. (2008). Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 12.
- Raskin, R. N., & Hall, C. S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological reports*.
- Raskin, R., & Hall, C. S. (1981). The Narcissistic Personality Inventory: Alternative form reliability and further evidence of construct validity. *Journal of personality assessment*, 45(2), 159-162.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., ... & Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry research*, 187(1-2), 241-247.
- Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of “opposite action”. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 437-447.
- Robins, R. W., & Beer, J. S. (2001). Positive illusions about the self: short-term benefits and long-term costs. *Journal of personality and social psychology*, 80(2), 340.
- Ronningstam E. (2005b). Narcissistic personality disorder: a review. See Maj et al. 2005, pp. 277–327
- Ronningstam, E. (2005a). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. Oxford University Press.
- Ronningstam, E. (2009). Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric annals*, 39(3).
- Ronningstam, E. (2012). Alliance building and the diagnosis of narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 943–953.
- Ronningstam, E. (2020). Internal processing in patients with pathological narcissism or narcissistic personality disorder: Implications for alliance building and therapeutic strategies. *Journal of personality disorders*, 34(Supplement), 80-103.
- Ronningstam, E., & Baskin-Sommers, A. R. (2013). Fear and decision-making in narcissistic personality disorder—a link between psychoanalysis and neuroscience. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(2), 191.
- Ronningstam, E., Gunderson, J., & Lyons, M. (1995). Changes in pathological narcissism. *The American Journal of Psychiatry*.
- Ronningstam, E., & Maltzberger, J. (2007). Treatment of narcissistic personality disorder. In G. Gabbard (Ed.), *Gabbard’s treatments of psychiatric disorders* (4th ed., pp. 791– 804). American Psychiatric Press.
- Ronningstam, E., & Weinberg, I. (2013). Narcissistic personality disorder: progress in recognition and treatment. *Focus*, 11(2), 167-177.
- Ronningstam, E., Weinberg, I., Goldblatt, M., Schechter, M., & Herbstman, B. (2018). Suicide and self-regulation in narcissistic personality disorder. *Psychodynamic Psychiatry*, 46(4), 491-510.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and interpretation*. Routledge.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1473-1481.
- Safran, J., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Schwartz, R. S. (1990). The use of ultimatums in psychiatric care. *Psychiatric Services*, 41(11), 1242-1245.
- Semerari, A., & Dimaggio, G. (2015). *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento: Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Gius. Laterza & Figli Spa.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1350-1365.
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler–Westen assessment procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of personality assessment*, 89(1), 41-55.
- Simonsen, S., & Simonsen, E. (2011). Comorbidity between narcissistic personality disorder and Axis I diagnoses. *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatments*, 239-247.
- Slade, P. D., Coppel, D. B., & Townes, B. D. (2009). Neurocognitive correlates of positive and negative perfectionism. *International Journal of Neuroscience*, 119(10), 1741-1754.
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Smith, S. M., ... & Grant, B. F. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1033-1045.
- Stone, M. H. (1998). Normal narcissism: An etiological and ethological perspective.
- Symington, N. (1983). The analyst's act of freedom as agent of therapeutic change. *International Review of Psycho-Analysis*, 10, 283-291.

- Tanzilli, A., Colli, A., Muzi, L., & Lingiardi, V. (2015). Clinician emotional response toward narcissistic patients: a preliminary report. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(1).
- Torgersen, S. (2012). Epidemiology. In T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford University Press.
- Torres, W. J., & Bergner, R. M. (2012). Severe public humiliation: Its nature, consequences, and clinical treatment. *Psychotherapy*, 49(4), 492.
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2003). "Isn't it fun to get the respect that we're going to deserve?" Narcissism, social rejection, and aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(2), 261-272.
- Vinnars, B., Barber, J. P., Norén, K., Gallop, R., & Weinryb, R. M. (2005). Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1933-1940.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Guilford press.
- Weinberg, I., & Ronningstam, E. (2020). Dos and don'ts in treatments of patients with narcissistic personality disorder. *Journal of personality disorders*, 34(Supplement), 122-142.
- Yakeley, J. (2018). Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *BJPsych advances*, 24(5), 305-315.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(3), 405-420.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 137-147.

Francesca Corocher, Psicologa, Psicoterapeuta

Specializzata in psicoterapia cognitiva SPC Verona

Training: Prunetti e Baggio

e-mail: dr.francescacorocher@gmail.com

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

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

Il caso di Leonardo: disturbo da somatizzazione

Chiara Pavone¹

¹Associazione di Psicologia Cognitiva APC, Lecce, Italia

Riassunto

Il lavoro descrive il caso di un minore di 16 anni giunto in terapia dopo una diagnosi di Ansia Sociale rilasciata privatamente da uno psichiatra. Il ragazzo presentava sintomi somatici quali “mal di pancia” e “dissenteria” a partire dalla scuola media ed un quadro caratterizzato da evitamento di diverse situazioni sociali, con conseguente compromissione del funzionamento scolastico e sociale. La formulazione del caso evidenzia che la predisposizione temperamentale del ragazzo caratterizzata da disagio eccessivo di fronte a situazioni sociali nuove e alla valutazione sociale percepita, ha determinato comportamenti socialmente ritirati in ambito scolastico, che hanno messo il soggetto a rischio di esperienze negative con i pari (rifiuto, esclusione, vittimizzazione); queste ultime a loro volta hanno determinato problemi internalizzanti (di tipo somatico), che hanno aumentato ulteriormente la propensione ai comportamenti ritirati. Tali condizioni di vita sfavorevoli hanno influito nel mancato sviluppo di abilità metacognitive adeguate e in una mancata condivisione sociale, presupposto essenziale per lo sviluppo della mentalizzazione. Il trattamento si è perciò inizialmente incentrato sulla comprensione della relazione tra rappresentazione cognitiva ed emozione e sulla normalizzazione delle emozioni sperimentate; successivamente il focus si è spostato sull’acquisizione di abilità sociali utili allo svolgimento di semplici attività quotidiane.

Parole chiave: ritiro sociale, Alessitimia, sintomi somatici, mentalizzazione, adolescenti.

The case of Leonardo: somatization disorder

Summary

The work describes the case of a 16-year-old child who came to therapy after a diagnosis of Social Anxiety released privately by a psychiatrist. The boy presented somatic symptoms such as "stomach ache" and "dysentery" starting from middle school and a picture characterized by the avoidance of different social situations, with consequent impairment of school and social functioning. The formulation of the case highlights that the temperamental predisposition of the boy characterized by excessive discomfort in the face of new social situations and perceived social evaluation, led to socially withdrawn behaviors in the school environment, which put the subject at risk of negative experiences with peers (rejection, exclusion, victimization); the latter in turn led to internalizing problems (of a somatic type), which further increased the propensity for withdrawn behaviors. These unfavorable living conditions have influenced the lack of development of adequate metacognitive skills and a lack of social sharing, an essential prerequisite for the development of mentalization. The treatment therefore initially focused on understanding the relationship between cognitive representation and emotion and on normalizing the emotions experienced; subsequently the focus shifted to the acquisition of social skills useful for carrying out simple daily activities.

Keywords: social withdrawal, alexithymia, somatic symptoms, mentalization, adolescents.

Presentazione del caso

L. è un ragazzo di 16 anni, figlio unico, frequenta il terzo anno di un istituto tecnico con indirizzo informatico di un piccolo paese del sud Italia. Vive insieme a entrambi i genitori.

In generale a L. piace l'elettronica, mangiare e dormire. Trascorre molto tempo libero a giocare ai video giochi o al cellulare. Ha un profitto scolastico sufficiente, mentre ottimo in inglese. Per quanto riguarda la sua vita sociale, riferisce che al momento ha un rapporto prevalentemente buono con la maggior parte dei suoi compagni di classe, tranne che con due di essi da cui viene deriso per il suo aspetto fisico (pallore) e la necessità di dover richiedere spesso all'insegnante di recarsi in bagno. Al di fuori della scuola frequenta saltuariamente (solitamente la domenica) due amici, la maggior parte delle volte trainato dal loro spirito di iniziativa; lui stesso infatti si definisce poco propositivo.

Il ragazzo viene inviato dallo psichiatra, che ha avuto precedentemente in cura la madre per attacchi di panico e depressione, con una possibile ipotesi di diagnosi di ansia sociale. Motivo dell'invio è la presenza di sintomi quali mal di stomaco e dissenteria durante le ore scolastiche, soprattutto in prossimità dell'ingresso a scuola.

L. giunge, dunque, presso lo studio privato a inizio ottobre 2020 accompagnato, su richiesta della terapeuta, da entrambi i genitori. Inizialmente è la madre che, in maniera accudente nei confronti del figlio (visto in quel momento inibito per la situazione), si prende la responsabilità di spiegare la problematica. Quest'ultima si mostra premurosa e affettuosa nei confronti del ragazzo, oltre che desiderosa di risolvere le sue difficoltà. Sarà successivamente il padre, tendenzialmente taciturno durante tutto l'incontro, a interrompere la moglie motivando il figlio a proseguire il racconto. L. si presenta rigido e inibito tanto nei movimenti quanto nelle espressioni facciali e con una tendenza a dialogare solo se sollecitato; tuttavia si mostra collaborativo e motivato all'essere aiutato. La sua coscienza si mostra integra e lucida e il contenuto dell'eloquio appare appropriato alle questioni affrontate. Il suo aspetto fisico è piuttosto peculiare per via di una carnagione molto chiara in contrasto con il color corvino dei capelli e con un abbigliamento total black.

A. Descrizione del problema nei suoi aspetti sia qualitativi che quantitativi (intensità e frequenza del disturbo) ed eventuali interazioni fra questi

La problematica riportata da L. viene descritta a partire da quelli che lui indica come "mal di pancia" e "bisogno di andare al bagno". Nello specifico, il mal di pancia solitamente comincia dalla percezione di un leggero dolore alla schiena. Il ragazzo riferisce di soffrire di questo disagio dal

secondo anno della scuola media. I sintomi (mal di pancia e dissenteria) in quel periodo erano presenti giornalmente principalmente durante le ore scolastiche e lo costringevano a ricorrere al bagno dalle 2-3 volte al giorno o in alcuni casi addirittura a richiedere ai genitori di andarlo a prendere, non facendocela a resistere in classe. Sulla base di tali manifestazioni cliniche L. riceve dal gastroenterologo una diagnosi di colon irritabile per cui segue una terapia farmacologica che però sospende senza indicazione medica nel momento in cui i sintomi sembrano sparire, ovvero durante il periodo di lockdown per emergenza COVID-19, in cui è costretto a rimanere a casa e a svolgere la didattica a distanza. I sintomi però ricompaiono alla ripresa delle normali attività scolastiche con la didattica in presenza.

A partire dalla scuola superiore, gli episodi di mal di stomaco e dissenteria iniziano a diminuire (si presentano 1-3 volte a settimana) e a presentarsi quasi esclusivamente prima dell'entrata a scuola, quando cioè L. si trova a casa e si sta preparando per essere accompagnato dalla madre.

In generale quindi per via di questo quadro sintomatologico, L. si assenta spesso da scuola per paura di sentirsi male.

Sulla base dei colloqui effettuati in seduta, emergerà anche che la condizione da lui descritta si presenta pure in concomitanza a diverse situazioni nuove (andare in un posto sconosciuto, stringere amicizia con persone nuove, affrontare per la prima volta da solo situazioni di vita quotidiana come ad esempio prendere un mezzo di trasporto). I genitori inoltre riferiscono un evitamento di situazioni sociali come gite e riunioni in posti di svago.

Dai sintomi riportati il paziente potrebbe essere inquadrato secondo il manuale per i disturbi mentali DSM-5 con una diagnosi di Disturbo di Somatizzazione in un soggetto Alessitimico con Ritiro Sociale.

B. Profilo interno del disturbo

Sin dai primi incontri, L. si mostra quasi per nulla consapevole dei suoi pensieri, delle sue emozioni e di quelle che sono le loro interconnessioni, soprattutto quando interrogato rispetto ad un evento particolarmente stressante; mostrando così un monitoraggio cognitivo estremamente carente. Ciò che percepisce è quasi unicamente la presenza dei sintomi somatici.

La difficoltà a discriminare le emozioni, la presenza di un vocabolario emotivo limitato e di uno stile comunicativo incolore (in cui vi è la tendenza a una descrizione dell'evento senza alcun riferimento alle emozioni provate), si riferiscono fondamentalmente ad un quadro di Alessitimia in cui la preoccupazione è esclusivamente rivolta alla manifestazione somatica e non psichica del disagio

sperimentato. Di fronte a quest'ultimo il paziente mette in atto, anziché un meccanismo di elaborazione, un meccanismo di diniego ovvero di sostanziale negazione; il modo in cui quindi reagisce alle prese in giro, alle generali difficoltà interpersonali e alla mancanza di amici, si basa su un sistema massiccio di negazione e di soppressione del problema.

È evidente inoltre una scarsa sintomatologia soggettiva (mancanza cioè di Ansia e Depressione che sarebbe prevedibile provare in tale situazione), la quale si manifesta unicamente attraverso un'ideazione ipocondriaca e una manifestazione somatica. L'ideazione ipocondriaca in questo caso non sarebbe quella di tipo ossessivo ma dissociato, il paziente cioè esprime sul corpo sensazioni di frammentazione che vengono contenute attraverso il ritiro sociale. Da ciò ne deriva che le uniche alternative per lui possibili di concettualizzare il problema presentato sono o la negazione o la drammatizzazione (perdita cioè del controllo andando in frantumi).

Si ipotizza che la variabile principale che regola la sintomatologia presentata sia un'Angoscia sperimentata nel contatto con gli altri, di cui però il paziente non ha piena coscienza.

L'unico aspetto che al momento emerge grazie ad una faticosa ricostruzione degli stati interni è il Problema Secondario vissuto conseguentemente ai sintomi somatici presentati:

Di seguito un ABC esemplificativo:

A	B	C
Mentre mi preparo per andare a scuola sento un leggero mal di pancia	“Se avessi bisogno di andare al bagno mentre sono fuori dalla scuola? Li non ci sono bagni immediatamente disponibili. Me la farò sicuramente addosso”	Ansia, Vergogna, Aumento dei sintomi somatici (mal di pancia, diarrea)
A1	B1	C1
Ansia, Vergogna, Aumento dei sintomi somatici (mal di pancia, diarrea)	“Devo andare al bagno e l'unica soluzione è rimanere a casa”	Dico ai miei che per oggi rimarrò a casa, mi tranquillizzo (sono al sicuro)

Esemplificazione di un ABC di L.

C. Fattori e processi di mantenimento

Fattori individuali

- ✓ L. mette costantemente in atto degli evitamenti sia a scuola che di fronte a situazioni sociali in generale, per ridurre i sintomi somatici (mal di pancia e diarrea); questi lo rassicurano a breve termine ma mantengono nel lungo periodo il problema. L. quindi non prende parte a gite scolastiche o altri tipi di eventi sociali ed evita a scuola situazioni come il sostare insieme ai compagni nell'atrio prima dell'ingresso nell'edificio, o quelle in cui vi è la possibilità di rispondere in modo sbagliato quando interpellato in classe dai professori durante la verifica, preferendo fare scena muta.
- ✓ L. mette anche in atto comportamenti protettivi quali ad esempio portare sempre con sé medicinali per i problemi gastrointestinali, affrontare l'interrogazione con il libro aperto, assicurarsi la vicinanza di una persona fidata in situazioni di particolare stress emotivo, al fine di ridurre la minaccia dei sintomi somatici sperimentati. Anche questo tipo di comportamenti lo rassicura sul momento ma mantiene a lungo termine il problema.
- ✓ Un'iperfocalizzazione sui propri stati interni lo porta a confermare/immaginare la mancanza di bagni intorno a lui; da qui il mal di pancia che aumenta proporzionalmente all'ansia. Entrambi perdono di intensità nel momento in cui vengono attuati comportamenti di evitamento che gli danno una tranquillità momentanea la quale scompare alla prima situazione che lo fa sentire in "pericolo".

Fattori Interpersonali:

- ✓ Le figure genitoriali (soprattutto la madre) assecondano spesso le richieste di L., ad esempio consentendogli di rimanere a casa quando lamenta sintomi fisici o andandolo a prendere da scuola quando per via dei problemi gastrointestinali sente di non farcela a rimanere in aula.

D. Scopenso

Lo scopenso di L. può essere fatto risalire al suo ingresso nella preadolescenza, con la conseguente partecipazione a circostanze ambientali nuove (nuovo contesto scolastico), in cui tra l'altro erano richieste abilità sociali maggiori. In più, ad avere contribuito può essere stato un ambiente sociale

ostile in cui il ragazzo viveva giornalmente problematiche relazionali; i compagni di classe infatti lo schernivano per via del rapporto esclusivo instaurato con uno di essi (conosciuto già dalla scuola elementare), oltre che per il suo pallore.

Probabilmente dunque non è stato un singolo evento che ha portato allo sviluppo della sintomatologia ma una combinazione di temperamento e situazioni ambientali.

E. Vulnerabilità

Vulnerabilità storica: riguarda la predisposizione temperamentale del paziente caratterizzata da diffidenza e disagio eccessivi di fronte alle situazioni sociali nuove e alla valutazione sociale percepita. A tale tratto sono seguiti comportamenti socialmente ritirati in ambito scolastico che hanno messo il soggetto a rischio di esperienze negative con i pari (rifiuto, esclusione, vittimizzazione), le quali a loro volta hanno determinato sintomi di problemi internalizzanti (di tipo somatico), che hanno aumentato ulteriormente la propensione ai comportamenti ritirati, alimentando nel tempo un circolo vizioso.

Vulnerabilità attuale: riguarda la presenza di attuali situazioni di scherno da parte di alcuni compagni di classe dell'istituto superiore che frequenta, per via del suo peculiare aspetto fisico e della frequente necessità di dover richiedere spesso all'insegnante di recarsi in bagno; situazioni alle quali L. non reagisce, alimentando così i comportamenti di presa in giro.

Inoltre, presumibilmente altro fattore determinante può essere l'iperpreoccupazione della madre rispetto alla situazione del figlio e alla sua tendenza alla svalutazione del disagio, che si manifesta attraverso una modalità di accudimento invadente.

F. Trattamento psicoterapeutico

La terapia con L. è incominciata a ottobre 2020 e si è conclusa a giugno dello stesso anno per volere del ragazzo che ha ritenuto di possedere gli strumenti cognitivi, emotivi e sociali sufficienti per potere proseguire il suo sviluppo in maniera autonoma. Già dai primi incontri vi è stato un iniziale miglioramento dei sintomi. Le sedute sono state svolte a cadenza settimanale con il ragazzo, mentre periodicamente sono state organizzati degli incontri con L. insieme ai genitori per condividere alcuni aspetti della terapia e ottenere da questi ultimi ulteriori informazioni necessarie ai fini terapeutici.

Inizialmente si è pensato di potere intervenire condividendo con L. e i genitori, il profilo interno del disturbo. In questo modo, attraverso la psico-educazione si è cercato di rassicurare il paziente e i familiari del fatto che il problema fosse comprensibile e risolvibile.

In base al profilo interno, il contratto che si è concordato inizialmente con il paziente ha riguardato il seguente obiettivo:

- ✓ Comprendere la relazione tra rappresentazione cognitiva ed emozione.

In particolare abbiamo individuato e definito i seguenti sotto obiettivi:

- 1) Aumentare il vocabolario emotivo;
- 2) Mettere in parola i pensieri.

Obiettivi terapeutici (strumentali)

Al fine di raggiungere gli obiettivi condivisi, la terapia ha previsto i seguenti goal:

- ✓ Svolgere Psicoeducazione sulle emozioni;
- ✓ analizzare il problema;
- ✓ normalizzare le emozioni provate in specifiche situazioni.

Successivamente si è deciso di lavorare sul potenziamento delle abilità sociali, prendendo inizialmente in esame quelle che potevano essere maggiormente utili al fine dello svolgimento di semplici attività quotidiane.

Come *strategia terapeutica* si è quindi scelto di agire inizialmente su due variabili: le rappresentazioni cognitive attraverso l'intervento dell'analisi del problema e le emozioni attraverso l'intervento di psicoeducazione. Teoricamente la scelta di intervenire in questo modo è dovuta all'ipotesi che in un soggetto alessitimico il punto importante è intervenire 1) sulla difficoltà a discriminare le emozioni le une dalle altre e distinguerle dalle sensazioni somatiche, 2) sulla presenza di un vocabolario emotivo limitato (che comporta una notevole difficoltà a comunicare verbalmente le proprie emozioni agli altri) e 3) su uno stile cognitivo orientato all'esterno.

Successivamente, la strategia terapeutica adottata ha previsto un focus sulle abilità sociali, utili al conseguimento di un adeguato sviluppo sociale del soggetto.

G. Descrizione della terapia

Sin dai primi incontri L. è apparso collaborativo e motivato nella risoluzione del suo problema, tanto che la frequenza alle sedute è stata molto costante. Soprattutto all'inizio, parlava solo se interrogato e solo raramente raccontava qualcosa spontaneamente. Al fine di analizzare e comprendere le

situazioni portate come recanti disagio, anche in vista della poca loquacità del paziente, è stato fin da subito introdotto il modello ABC. Da questi ne è risultato a volte un pensiero estremamente povero e non in linea con l'emozione riportata, altre volte è emersa l'assenza dell'esplicitazione dell'emozione sperimentata. Questi risultati hanno permesso di definire il profilo interno (condiviso con il ragazzo e la famiglia) e dunque stabilire in modo preciso gli obiettivi di intervento. L'utilizzo del modello ABC ha inoltre permesso a L. di richiamare alla memoria ulteriori situazioni di malessere.

Gli incontri quindi nello specifico hanno previsto: 1) l'analisi dei diversi problemi presentati attraverso il modello ABC, il quale ha permesso di far comprendere la relazione tra cognizioni ed emozioni; 2) la psico-educazione sulle emozioni in cui è stato spiegato nel dettaglio lo stato mentale dominante in ciascuna di esse, a seguito della quale si è ritenuto poi necessario svolgere corrispondenti ABC (riguardanti ad esempio la felicità, la rabbia, la tristezza ecc...), al fine di una maggiore comprensione. Contemporaneamente a ciò, è stato svolto un lavoro di validazione e normalizzazione delle emozioni provate in particolari circostanze, con riferimento a quanto solitamente sperimentato dagli altri nelle medesime contingenze.

Successivamente, è stato svolto un lavoro di potenziamento e/o di promozione di abilità sociali utili al fine dello svolgimento di semplici attività quotidiane; inizialmente mediante la simulazione in studio delle abilità prescelte, in seguito attraverso la loro applicazione in situazioni di vita reale.

Si riporta nel dettaglio la descrizione della terapia.

Obiettivi	Strategie di intervento	Tecniche e strumenti
Rendere il soggetto consapevole del disturbo	Ricostruire e condividere con il paziente il suo profilo interno	✓ Condivisione della diagnosi e spiegazione del circolo vizioso del problema secondario
Comprendere la relazione tra rappresentazione cognitiva ed emozione	Aumentare il vocabolario emotivo	✓ Psicoeducazione
	Mettere in parola i pensieri analizzando il problema	✓ ABC
	Normalizzare le emozioni	✓ Validazione (esempi di circostanze in cui in norma si

<p>Sviluppo di abilità sociali</p>	<p>Definire in termini concreti l'abilità necessaria al fine dello svolgimento di una specifica situazione sociale</p>	<p>provano specifiche emozioni)</p> <p>✓ Simulazione in studio e successivamente in ambiente reale della situazione sociale prescelta</p>
---	--	---

H. Valutazione di esito

Dopo poche sedute di trattamento, da quanto riportato dai genitori, L. ha mostrato un'iniziale riduzione del ritiro sociale limitatamente all'ambito domestico. A casa ha manifestato infatti una minor tendenza all'isolamento, passando meno tempo nella propria camera, e una maggiore predisposizione alla socialità, stando in compagnia dei genitori con cui rideva e scherzava. Anche in seduta, è apparso sempre più disinvolto e loquace, nonostante rimanesse comunque sempre necessario sollecitarlo nell'avviare la verbalizzazione del disagio provato o il racconto della sua storia di vita.

La relazione terapeutica nel tempo si è maggiormente stabilita, tanto che L. si è lasciato andare a riferimenti, seppur brevi, di circostanze per lui estremamente imbarazzanti ("il farsi addosso").

L. nel corso delle sedute è apparso maggiormente consapevole della relazione tra rappresentazione cognitiva ed emozione, e rispetto a ciascuno di questi elementi ha presentato note di lieve miglioramento. Nello specifico, relativamente al "mettere in parole" i pensieri, è stato possibile osservarne un discreto ampliamento (vs la situazione iniziale in cui riportava di non avere "pensato a nulla"), così come pure è apparsa una discreta capacità di riconoscere e nominare le emozioni provate. Tuttavia, nonostante tali progressi, il lavoro terapeutico soprattutto all'inizio è risultato lento e stentato, molto probabilmente in vista del deficitario monitoraggio cognitivo del paziente e dunque di una lacunosa capacità di individuare rappresentazioni cognitive ed emozioni, di cui aveva ben scarsa conoscenza.

Condizioni di vita sfavorevoli hanno, infatti, sicuramente influito nel mancato sviluppo di abilità metacognitive adeguate, soprattutto quelle che hanno comportato il ritiro sociale del soggetto, a cui ha fatto seguito una mancata condivisione sociale, presupposto essenziale per lo sviluppo della mentalizzazione e della social cognition (Procacci, M. e Semerari A., 2019). L'impossibilità di sviluppare queste abilità in un ambiente sicuro e accettante, ha ridotto quindi la capacità di comprendere la mente degli altri e, per mancanza di rispecchiamento, di comprendere quella propria.

Il successivo lavoro di acquisizione e/o di potenziamento di abilità sociali utili allo svolgimento di semplici attività di vita quotidiana, ha permesso poi a L. di potersi sperimentare efficace e di conseguenza di aumentare la propria autostima. Ciò ha fatto sì che nel tempo, evitasse con minor frequenza le situazioni sociali, sperimentasse minor disagio quando vissute e uscisse maggiormente con gli amici. La mamma in un ultimo messaggio telefonico inviato per un aggiornamento sulla situazione del ragazzo riporta <<L. sta molto meglio, è cambiato molto. Spesso prende il pullman da solo. Si è iscritto in palestra e sembra contento. A casa non vuole più stare, trova sempre qualcuno con cui uscire. Lo vedo più sicuro. A scuola si sta impegnando di più...lo vedo più maturo e consapevole>>.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (2013). DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Trad. it. (2014). Milano: Raffaello Cortina.
- Asendorpf, J. B. (1990). Beyond social withdrawal: Shyness, unsociability and peer avoidance. *Human Development*, vol. 33, nn. 4-5, pp. 250-259.
- Baumeister, R. F. e Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, vol. 117, n. 3, pp. 497-529.
- Beck, A. T. e Emery, G. (1988). L'ansia e le Fobie. Una prospettiva cognitiva. Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore.
- Caretti, V. e La Barbera, D. (2005). Alessitimia. Valutazione e trattamento. Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore.
- Coplan, R. J., Ooi, L. L. e Nocita G. (2015). When one is company and two is a crowd: Why some children prefer solitude. *Child Development Perspectives*, vol. 9, n. 3, pp. 133-137.
- Esposito, R. (2017). La formulazione del caso clinico. Guida pratica per supervisioni, esami di specializzazione, pubblicazioni e report per i pazienti. Milano: Franco Angeli.
- Procacci, M. e Semerari A. (2019). Ritiro Sociale. Psicologia e clinica. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.
- Ruggiero, G. M. e Sassaroli, S. (2013). Il colloquio in psicoterapia cognitiva. Teoria e pratica clinica. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Chiara Pavone, Psicologa, Psicoterapeuta

Specializzata in psicoterapia cognitiva APC Bari Training Semerari-Colle

e-mail: pavonechiara@virgilio.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