

psicoterapeuti in-formazione

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

Numero 36, Dicembre 2025

ISSN 2035-2328

ARTICOLI TEORICI

- | | | |
|-------------------|---|-------------|
| Giuliana Di Paola | <i>L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento dei pazienti oncoematologici</i> | pp. 3 - 29 |
| Eliana Misuraca | <i>L'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo</i> | pp. 30 - 59 |
| Chiara Fesi | <i>CBT e psicosi: la ricostruzione di significato</i> | pp. 60 - 96 |
| Simona Solaro | <i>Il ruolo dell'Imagery Rescripting (IR) nel trattamento della sfera dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA): una valutazione sistematica della letteratura</i> | pp. 97-123 |

CASI CLINICI

- | | | |
|--------------------|--|-------------|
| Margherita Strumia | <i>Il fragile mondo di Amélie: indegnità, controllo e desiderio negato</i> | pp. 124-138 |
|--------------------|--|-------------|

Sofia Mattioli	<i>Disturbo d'ansia generalizzato e Disturbo da ansia di malattia: quando la terapia restituisce esplorazione ed autonomia</i>	pp. 139-151
Giulia Roncella	<i>Tra vulnerabilità relazionali e ricerca di valore personale: il caso di Simona</i>	pp. 152-165

psicoterapeuti in-formazione

RESPONSABILE

Claudia Perdighe

VICE-RESPONSABILE

Chiara Mignogna

COMITATO DI REDAZIONE

Ivan Pavesi, Cecilia Laglia, Chiara Lignola, Chiara Riso, Giuseppe Romano

Iscrizione ISSN 2035-2328

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

Mail: psicoterapeutiinformazione@apc.it

Sito: www.psicoterapeutiinformazione.it

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento dei pazienti oncoematologici

Giuliana Di Paola¹

¹Psicologa e Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

Scuola di Psicoterapia Cognitiva IGB Palermo

Riassunto

Il presente lavoro analizza l'applicazione dell'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) nel contesto delle patologie oncoematologiche, approfondendo il ruolo della flessibilità psicologica nel processo di adattamento alla malattia.

Le neoplasie ematologiche, quali leucemie, linfomi e mieloma multiplo, costituiscono condizioni cliniche ad elevato impatto fisico ed emotivo, frequentemente associate a distress psicologico, ansia, depressione, paura della recidiva e riduzione della qualità di vita. In tale contesto emerge la necessità di interventi psicologici efficaci e adattabili alle diverse fasi del trattamento. Attraverso una revisione della letteratura scientifica recente, sono analizzate le evidenze empiriche relative all'efficacia dell'ACT nella riduzione del disagio psicologico e nel miglioramento dell'adattamento nei pazienti oncoematologici. I risultati suggeriscono che l'ACT rappresenti un approccio promettente e potenzialmente utile all'interno dei percorsi di cura, favorendo il benessere psicologico e una migliore qualità di vita anche in presenza della malattia.

Parole Chiave: Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno, Flessibilità psicologica, Distress psicologico, Qualità di vita, Pazienti oncologici, Neoplasie ematologiche

Summary

This work analyzes the application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the context of onco-hematological pathologies, exploring the role of psychological flexibility in the process of adaptation to the disease.

Hematological malignancies, such as leukemia, lymphomas, and multiple myeloma, are clinical conditions with a high physical and emotional impact, frequently associated with psychological distress, anxiety, depression, fear of recurrence, and reduced quality of life. In this context, the need for effective psychological interventions that can be adapted to the different phases of treatment emerges. Through a review of recent scientific literature, empirical evidence regarding the effectiveness of ACT in reducing psychological distress and improving adjustment in hematological oncology patients is analyzed. The findings suggest that ACT represents a promising and potentially useful approach within care pathways, promoting psychological well-being and a better quality of life even in the presence of the disease.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Psychological flexibility, Psychological distress, Quality of life, Oncology patients, Hematologic malignancies

Introduzione

Le patologie oncoematologiche, quali leucemie, linfomi e mielomi, rappresentano una sfida complessa che coinvolge non solo la dimensione medica, ma anche quella psicologica e relazionale della persona. La diagnosi di una neoplasia ematologica maligna costituisce spesso un evento critico, in grado di generare reazioni emotive intense quali shock, ansia, depressione, paura del futuro e senso di perdita, con un impatto significativo sulla qualità della vita e sulla capacità del paziente di partecipare attivamente al percorso di cura. In questo contesto, l'intervento psicologico assume un ruolo centrale nel supportare i processi di adattamento alla malattia, nel favorire l'aderenza ai trattamenti e nel migliorare il benessere della persona.

Negli ultimi decenni, i progressi nella diagnosi precoce e nelle terapie oncologiche hanno determinato un aumento significativo dei tassi di sopravvivenza. Di conseguenza, l'attenzione clinica e scientifica si è progressivamente estesa agli aspetti psicologici e alla qualità di vita dei pazienti, che rappresentano oggi obiettivi fondamentali dell'assistenza psicologica. Disturbi d'ansia e dell'umore, sintomi post traumatici, difficoltà di adattamento, disturbi del sonno, ideazione suicidaria, dolore e affaticamento costituiscono alcune delle problematiche frequentemente riscontrate nei pazienti oncologici. Tali condizioni sono associate a una riduzione della qualità della vita, a una minore aderenza ai trattamenti e a esiti clinici meno favorevoli, oltre a un incremento dei costi sanitari. Considerando l'interazione tra sintomi fisici e psicologici e il loro impatto sulla vita quotidiana, la psicoterapia assume un'importanza sempre maggiore all'interno dei percorsi di cura. In questo scenario, l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) si è affermata negli ultimi anni come approccio innovativo all'interno della psicoterapia cognitivo comportamentale di terza generazione. L'ACT si fonda sullo sviluppo della flessibilità psicologica attraverso processi quali l'accettazione, la defusione cognitiva, il contatto con il momento presente, il sé-

come-contesto, i valori personali e l'azione impegnata. Piuttosto che mirare all'eliminazione dei sintomi, l'ACT si propone di modificare la relazione che la persona instaura con i propri vissuti interni, favorendo una vita significativa anche in presenza di sofferenza. Grazie alla sua natura transdiagnostica e alla possibilità di personalizzare l'intervento in base alle esigenze del paziente e alle diverse fasi della malattia, l'ACT appare particolarmente adatta al contesto oncologico. Le evidenze scientifiche attualmente disponibili indicano che l'ACT può rappresentare un'opzione terapeutica efficace per le persone con diagnosi di cancro, indipendentemente dalla fase della malattia.

Alla luce di tali considerazioni, l'obiettivo della presente tesi è quello di analizzare l'esperienza del paziente oncoematologico, descrivere i fondamenti teorici dell'ACT e approfondire le principali evidenze scientifiche a sostegno della sua applicazione ed efficacia in ambito oncoematologico.

L'esperienza della malattia oncoematologica

Le principali patologie oncoematologiche

Le malattie oncologiche sono tra le patologie più diffuse al mondo e costituiscono la principale causa di mortalità e disabilità (Costantini, Levenson & Bersani, 2014). Tra queste, nel 2022, le neoplasie ematologiche hanno costituito il 6,6% di tutti i casi di cancro e il 7,2% dei decessi correlati al cancro a livello globale (Sun et al., 2025), rappresentando un importante problema di salute pubblica, con notevoli conseguenze a livello sociale ed economico (Papathanasiou et al., 2020; Li, Chen & Du, 2025). Le neoplasie ematologiche sono tumori del sangue che originano dalla proliferazione e differenziazione anomale delle cellule ematopoietiche nel midollo osseo, nel sangue e nel sistema linfatico. Comprendono vari sottotipi, tra cui la leucemia, il linfoma e il mieloma multiplo (Pan et al., 2025).

La leucemia è un tipo di tumore del sangue causato dalla proliferazione disfunzionale e incontrollata dei globuli bianchi immaturi, detti blasti. Questi invadono progressivamente il midollo osseo, limitando quindi la normale produzione di globuli bianchi, globuli rossi e piastrine (Jagadale et al., 2022). La leucemia è classificata come acuta o cronica, in base alla rapidità con cui si diffonde, e come mieloide o linfoide, a seconda del tipo di cellula da cui ha origine. I sottotipi principali sono la leucemia linfoblastica acuta (più comune nella popolazione pediatrica), la leucemia mieloide acuta, la leucemia linfatica cronica e la leucemia mieloide cronica (Chennamadhavuni et al., 2023). Sono stati identificati molteplici fattori di rischio genetici e ambientali nello sviluppo della leucemia, tra cui l'esposizione alle radiazioni ionizzanti, al benzene, la precedente esposizione ad alcuni farmaci chemioterapici, diverse sindromi genetiche come la Sindrome di Down o l'anemia di Fanconi (*ibidem*). I sintomi con cui si manifesta sono aspecifici e possono comprendere febbre, stanchezza, nausea, vomito, calo di peso, dolori a ossa e articolazioni, pallore, comparsa di lividi o sanguinamenti (Jagadale et al., 2022). La conferma della diagnosi spesso

richiede una biopsia del midollo osseo, i cui esiti aiutano gli ematologi nella scelta delle opzioni terapeutiche. La prognosi dipende in larga misura dal tipo di leucemia, dall'età del paziente e dalla presenza di comorbidità (Chennamadhavuni et al., 2023).

Il linfoma è un tumore maligno del sangue che origina dalla proliferazione incontrollata dei linfociti, un tipo di globuli bianchi fondamentali per il sistema immunitario. Questo tumore si presenta comunemente nei linfonodi, nel midollo osseo, nella milza e, talvolta, in altri organi (Jagadale et al., 2022). Si distingue in due principali categorie che differiscono per caratteristiche istologiche, cliniche e prognostiche:

- il linfoma di Hodgkin (LH), più raro, ha una distribuzione bimodale, con un picco di età intorno ai 20 anni e un secondo picco intorno ai 65 anni e, più frequentemente coinvolge i linfonodi sopra-diaframmatici;
- il linfoma non-Hodgkin (LNH), molto più comune, può insorgere in qualsiasi linfonodo o in sedi extranodali come tratto gastrointestinale, pelle o sistema nervoso centrale (Jamil, Kumar & Mukkamalla, 2023; Lewis, Lilly, & Jones, 2020).

I segni e i sintomi clinici più comuni includono solitamente febbre, brividi, sudorazione notturna, affaticamento, gonfiore indolore delle ghiandole linfatiche del collo, dell'inguine o delle ascelle, perdita di peso inspiegabile, tosse, prurito e perdita di appetito (Jagadale et al., 2022). Il linfoma può essere trattato e guarito se diagnosticato e trattato precocemente.

Il mieloma multiplo è una neoplasia ematologica che colpisce le plasmacellule presenti nel midollo osseo. Le plasmacellule, un tipo di globuli bianchi, aiutano il sistema immunitario a combattere infezioni e malattie producendo anticorpi (Jagadale et al., 2022). Nel mieloma multiplo queste cellule proliferano in modo incontrollato, causando lesioni ossee, fratture, danno renale, anemia e ipercalcemia (Cowan et al., 2022). I principali sintomi comprendono, infatti, dolore osseo che interessa la colonna vertebrale, le costole e gli arti inferiori, infezioni ricorrenti, stanchezza e perdita di appetito e di peso (Abduh, 2024). Ai fini diagnostici, la valutazione dei pazienti si basa su esami del sangue e delle urine, biopsia midollare e su indagini di *imaging* per identificare eventuali lesioni ossee (Jagadale et al., 2022). Il mieloma multiplo è il secondo tumore del sangue per diffusione e rappresenta il 10% di tutte le neoplasie ematologiche; insorge tipicamente in età avanzata con un'età media alla diagnosi di circa 65 anni (Abduh, 2024). Negli ultimi vent'anni, l'introduzione di nuovi farmaci terapeutici ha migliorato in modo significativo la prognosi del mieloma multiplo, aumentando la sopravvivenza dei pazienti. Nonostante ciò, la malattia rimane incurabile e la sopravvivenza mediana complessiva dei pazienti con una nuova diagnosi è di circa 6 anni (*ibidem*).

Trattamenti medici

Le terapie efficaci per il trattamento delle neoplasie ematologiche includono la radioterapia, la chemioterapia e il trapianto di cellule staminali ematopoietiche (Jagadale, 2022).

La radioterapia è una terapia che impiega radiazioni ionizzanti ad alta energia per distruggere le cellule tumorali, cercando al contempo di preservare quanto più possibile i tessuti sani circostanti (Maani & Maani, 2022). Tutti i tessuti presentano una sensibilità e una risposta diverse ai danni da radiazioni, con effetti collaterali acuti o tardivi che variano in base alla sede trattata. Nella regione di testa e collo possono comparire eritema, infiammazione, mucosite, prurito, dolore, ulcere, alterazioni del gusto e difficoltà nella deglutizione. Il sistema nervoso può essere interessato con sintomi come affaticamento, nausea, vomito, cefalea e perdita dell'udito; a lungo termine possono manifestarsi deficit cognitivi, disturbi endocrini e un aumento del rischio di tumori secondari. Nei polmoni, le radiazioni possono provocare tosse, dispnea, febbre, dolore toracico e, in alcuni casi, fibrosi polmonare. Il cuore può sviluppare pericardite, versamento pericardico, disfunzioni valvolari o di conduzione e fibrosi miocardica. Gli organi dell'addome e del bacino possono risentire di nausea, vomito, crampi addominali, diarrea e anoressia. Infine, le gonadi possono essere colpite con conseguente infertilità o insufficienza ovarica precoce, con sensibilità maggiore in relazione all'età (Majeed & Gupta, 2023).

In ambito ematologico, la radioterapia trova diverse applicazioni (AIL, n.d.): nel linfoma di Hodgkin, è impiegata negli stadi iniziali come consolidamento dopo la chemioterapia e, in alcuni casi avanzati, in combinazione con essa per trattare aree difficili da eliminare. Nel linfoma non Hodgkin, nei tipi a basso grado serve per controllare la malattia localmente, mentre in quelli più aggressivi è indicata negli stadi iniziali dopo la chemioterapia. È utile anche nelle forme cutanee e nelle localizzazioni al sistema nervoso centrale. Nel mieloma, viene usata per trattare lesioni isolate o vertebrali e con scopo palliativo o antalgico. Nella leucemia linfoblastica acuta, è impiegata a scopo preventivo o terapeutico per le localizzazioni nel sistema nervoso centrale. Infine, è parte dei regimi di condizionamento prima del trapianto allogenico di cellule staminali, soprattutto nelle leucemie acute linfoblastiche.

La chemioterapia è un approccio terapeutico che prevede la somministrazione di specifici farmaci antitumorali impiegati per il trattamento delle neoplasie e costituisce il trattamento di elezione per numerose malattie ematologiche (AIL, n.d.).

I farmaci chemioterapici possono essere somministrati mediante diverse modalità, tra cui quella orale e quella parenterale, che comprende la via endovenosa, sottocutanea, intramuscolare e intratecale (Amjad, Chidharla & Kasi, 2023). Alcuni trattamenti possono essere effettuati a domicilio, seguendo con attenzione le indicazioni riguardanti orari e modalità di assunzione. In altri casi, la terapia viene eseguita in regime ambulatoriale o di *day hospital*, oppure può richiedere un periodo di ricovero che varia da una notte a più settimane (Aimac, n.d.). Il tipo di assunzione e la durata del trattamento dipendono dal tipo di farmaco impiegato e dal protocollo terapeutico previsto per la specifica neoplasia. Generalmente, la

terapia viene somministrata a cicli alternati a periodi di pausa, al fine di consentire al midollo osseo di ripristinare le normali riserve ematopoietiche (AIL, n.d.).

Gli agenti chemioterapici agiscono prevalentemente sulle cellule a rapida proliferazione, motivo per cui colpiscono anche i tessuti sani caratterizzati da un'elevata attività replicativa, come il midollo osseo, il tratto gastrointestinale e i follicoli piliferi. Tra gli effetti avversi più comuni, infatti, si annoverano anemia, stanchezza cronica (*fatigue*), perdita dei capelli e dei peli, nausea, vomito, diarrea, mucosite, infertilità (Amjad, Chidharla & Kasi, 2023). L'intensità e la natura degli effetti collaterali variano in base al tipo di farmaco, alla dose, alle modalità di somministrazione e alle condizioni generali del paziente. Non tutti i farmaci provocano gli stessi effetti né con la stessa intensità (AIL, n.d.). La chemioterapia persegue diversi scopi. Tra questi vi è lo scopo curativo, mirato a ridurre progressivamente il tumore, fino alla completa scomparsa della malattia; anche dopo il raggiungimento della remissione, i cicli di trattamento vengono spesso proseguiti per evitare eventuali recidive. Un altro obiettivo consiste nel rallentare la crescita del tumore, riducendo così il rischio di diffusione ad altri organi e limitando i danni sistemici. Inoltre, la chemioterapia può essere impiegata a fini palliativi, con lo scopo di alleviare i sintomi legati alla neoplasia e migliorare la qualità di vita dei pazienti. Infine, i farmaci chemioterapici vengono utilizzati come trattamento di condizionamento, preparando l'organismo al trapianto di cellule staminali ematopoietiche (AIL, n.d.).

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche (TCSE) è una delle procedure più innovative in medicina, diventata uno standard di cura per le neoplasie ematologiche (Henig & Zuckerman, 2014). Le cellule staminali per il trapianto possono essere prelevate dal midollo osseo, dal sangue periferico o dal sangue del cordone ombelicale (Hatzimichael & Tuthill, 2010). Esistono diversi tipi di trapianto, che vengono classificati principalmente in base al donatore delle cellule staminali (Khaddour, Hana & Mewawalla, 2023):

- il trapianto autologo prevede l'utilizzo delle cellule prelevate dal paziente stesso;
- il trapianto allogenico in cui le cellule staminali provengono da un donatore sano compatibile, che può essere un familiare, un donatore compatibile non imparentato o un familiare parzialmente compatibile (aploidentico);
- il trapianto singeneico, molto raro, in cui donatore e ricevente sono gemelli omozigoti.

La scelta della fonte delle cellule dipende dalla disponibilità del donatore e dalle indicazioni cliniche al trapianto, il quale viene eseguito da personale medico qualificato in una struttura protetta, dove il paziente è mantenuto in isolamento ambientale per un periodo di circa 3-5 settimane (Hatzimichael & Tuthill, 2010; Henig & Zuckerman, 2014; Bazinet & Popradi 2019).

Prima della trasfusione delle cellule, il paziente viene sottoposto ad un regime di condizionamento, consistente nella somministrazione di alte dosi di chemioterapici, talvolta associati alla radioterapia, per

un periodo che varia dai due ai nove giorni, con l'obiettivo di estirpare il tumore e sopprimere il sistema immunitario per evitare il rigetto (Henig & Zuckerman, 2014). Successivamente si procede con l'infusione, per via endovenosa, delle cellule staminali nel cosiddetto "giorno zero". È inevitabilmente un giorno speciale per i pazienti e i familiari dal punto di vista emotivo, con un carico di aspettative correlate alla procedura. In questa fase i pazienti possono manifestare reazioni indesiderate immediate o tardive come shock settico, segni di sepsi, crisi emolitica, nausea, vomito, vampate di calore, brividi, eruzione cutanea, prurito, ipertensione, bradicardia, febbre (Gargiulo, 2023). All'infusione segue la fase dell'attecchimento, in cui le cellule staminali trapiantate iniziano a produrre nuove cellule del sangue nel midollo osseo (Khaddour, Hana & Mewawalla, 2023). I primi cento giorni del trapianto rappresentano una fase critica in cui si avvia la ricostruzione del sistema immunitario. In questo periodo i pazienti sono particolarmente vulnerabili a complicanze sia acute che, talvolta croniche, tra cui: anemia e piastrinopenia; rischio di infezioni; tossicità gastrointestinale ed epatica; tossicità polmonare; malattia da trapianto contro l'ospite (*Graft versus Host Disease*, GvHD), che si osserva esclusivamente nel trapianto allogenico e si verifica quando le cellule trapiantate riconoscono il ricevente come estraneo e innescano una risposta immunitaria; fallimento dell'attecchimento, ovvero il mancato recupero della funzione ematologica o la perdita della funzione midollare dopo la ricostituzione iniziale (Maffini & Bonifazi, 2023). Durante l'intero periodo post-trapianto, la recidiva della malattia rappresenta una delle principali cause di mortalità (Bazinet & Popradi, 2019).

Reazioni psicologiche: dalla diagnosi alla remissione

Indipendentemente dalla diagnosi, dalla prognosi o dalla risposta al trattamento, il cancro rappresenta per il paziente e per la sua famiglia una prova esistenziale sconvolgente.

La comunicazione della diagnosi di cancro agisce come uno "shock da trauma", dando avvio a un processo di riorganizzazione psicologica che accompagna la transizione dall'immagine di sé come persona sana a quella di malato; da una vita percepita come prevedibile a una profondamente incerta; da un corpo considerato "affidabile" a un corpo che può "tradire" (Costantini, Levenson & Bersani, 2014).

In particolare, le neoplasie ematologiche rappresentano un gruppo di patologie complesse, caratterizzate da trattamenti spesso lunghi e aggressivi e un decorso di malattia spesso imprevedibile rispetto ai tumori solidi, con conseguenti ripercussioni fisiche e psicologiche per i pazienti (Waddington et al., 2024). Nonostante i significativi progressi nella diagnosi e nel trattamento di questi tumori, il percorso dei pazienti rimane profondamente segnato da un notevole carico psicologico che si manifesta in ogni fase del processo, dalla diagnosi, al trattamento, fino alla remissione o alle cure di fine vita (Buciuc et al., 2025).

Il cancro ematologico è da sempre associato a disperazione, dolore, paura e, infine, morte. Per la maggior parte dei pazienti, i problemi universali che si trovano ad affrontare possono essere riassunti in quelli che sono state definite le sei “D”, ovvero: *death* (morte); *dependency* (dipendenza) da famiglia, coniuge e medico, in contrasto con il bisogno di indipendenza; *disfigurement* (sfiguramento) e cambiamenti nell’aspetto fisico e nell’immagine di sé, che talvolta comportano perdita o alterazioni della funzione sessuale; *disability* (disabilità) che interferisce con il raggiungimento di compiti adeguati all’età nelle attività lavorative, scolastiche o ricreative; *disruption* (disgregazione) delle relazioni interpersonali; e infine *discomfort* (disagio e dolore) nelle fasi avanzate della malattia (Lesko & Holland, 1988). A ciò si aggiunge un rischio elevato di sviluppare disturbi psicologici clinicamente significativi. Infatti, le caratteristiche specifiche dei tumori del sangue - tra cui l’imprevedibilità del decorso, la necessità di ricoveri prolungati e l’impiego di procedure invasive - rendono i pazienti particolarmente vulnerabili ad ansia, depressione, disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e disturbi dell’adattamento. Numerose ricerche hanno evidenziato che i pazienti con tumori ematologici presentano livelli di ansia e depressione significativamente più elevati rispetto sia ai pazienti con tumori solidi sia alla popolazione generale (Papathanasiou et al., 2020; Waddington et al., 2024; Ranasingha, 2024). In particolare, il PTSD presenta tassi di prevalenza che oscillano tra il 15% al 35% (Buciuc et al., 2025). Tali condizioni psicologiche non solo peggiorano la qualità di vita, ma possono compromettere l’aderenza terapeutica, aumentare la percezione del dolore, prolungare i ricoveri e incidere negativamente sulla sopravvivenza (McFarland & Holland, 2016). In questo contesto, la qualità della vita risulta gravemente compromessa. La revisione condotta da Allart-Vorelli et al. (2015), ha evidenziato che i pazienti con neoplasie ematologiche presentano una qualità della vita inferiore rispetto alla popolazione generale, soprattutto nelle dimensioni fisica, psicologica, emotiva e sociale. Oltre ad alti livelli di affaticamento e dolore - sintomi tipici di queste patologie - spesso emergono anche deficit cognitivi, come difficoltà di memoria e di attenzione, ansia e depressione accentuate, riduzione dell’attività sessuale, associata a un’immagine corporea negativa. Le relazioni familiari, sebbene in alcuni casi possano rafforzarsi, sono frequentemente caratterizzate da stress, incertezza e paura, mentre i rapporti amicali tendono talvolta a interrompersi. A tutto ciò si aggiungono difficoltà lavorative e problemi economici, spesso conseguenza diretta delle limitazioni imposte dalla malattia. Inoltre, il fatto che alcuni tumori ematologici, come il mieloma, siano incurabili, aggiunge un ulteriore livello di sofferenza psicologica. La consapevolezza della propria condizione non curabile può intensificare ansia e depressione, alimentando sentimenti di disperazione (Ranasingha, 2024).

Una condizione particolarmente delicata è quella dei pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche (TCSE). Questi pazienti presentano un’elevata prevalenza di disagio psicologico e comorbidità psichiatriche, che possono influire negativamente sul recupero, sulla funzionalità e sugli esiti

di salute, inclusi la mortalità e un maggiore rischio di malattia del trapianto contro l'ospite (GvHD). Nel corso delle diverse fasi del trapianto, i pazienti possono manifestare ansia, apprensione e nervosismo tali da compromettere l'aderenza al trattamento e alle cure successive. In alcuni casi, l'esperienza del TCSE è percepita come traumatica, tanto da scatenare un disturbo post-traumatico da stress (PTSD), con una prevalenza stimata intorno al 20%. I pazienti possono rivivere l'esperienza della malattia attraverso incubi, flashback e pensieri intrusivi legati al trapianto. Sono inoltre frequenti i disturbi del sonno, riportati da oltre la metà dei pazienti prima della procedura e da una percentuale fino all'82% durante la degenza, spesso aggravati da regimi chemioterapici e dall'uso di glucocorticoidi. Infine, la depressione può manifestarsi non solo durante il ricovero, ma anche a distanza di anni dal trapianto, con un incremento della prevalenza fino a cinque anni dopo. In sintesi, nonostante il TCSE rappresenti un trattamento salvavita per molte neoplasie ematologiche, esso comporta un notevole impatto psicologico che interessa l'intero percorso di cura e il periodo post-trapianto (Amonoo et al., 2019). A rendere ancora più complesso questo percorso, contribuisce il periodo di isolamento a cui i pazienti devono sottoporsi (Annibali et al., 2017).

Una revisione condotta da Lee & Halliday (2025), ha esaminato cinque studi focalizzati sull'impatto psicologico dell'isolamento protettivo nei pazienti sottoposti a TCSE. Sebbene tale misura sia fondamentale per prevenire le infezioni, l'intensità delle condizioni di isolamento in combinazione ai trattamenti intensivi, possono avere effetti significativi sul benessere mentale. Dai risultati emerge che i pazienti sperimentano una sensazione di disconnessione dagli altri, accompagnata da solitudine e alienazione. Il lungo periodo in isolamento favorisce momenti di profonda riflessione sulla malattia, sul rischio di recidiva e sulla morte, generando paura e incertezza. Molti pazienti sperimentano, inoltre, una perdita di controllo e di identità legate alla perdita di indipendenza e alle difficoltà cognitive dovute al trattamento, come aprolessia e perdita di memoria. Infine, tutti gli studi hanno evidenziato la presenza di stati emotivi negativi, come ansia, depressione e senso di colpa legato all'impatto che la loro malattia e il relativo trattamento hanno sulla loro famiglia.

Infine, anche dopo la fine dei trattamenti, la possibilità di recidiva e di sviluppo di metastasi rappresenta ancora una preoccupazione significativa per la sopravvivenza dei pazienti oncologici. Tra le reazioni più comuni nella fase post-trattamento emerge la cosiddetta paura della recidiva del cancro (*Fear of Cancer Recurrence*, FCR), definita come paura o preoccupazione per il ritorno o la progressione del cancro, caratterizzata da alti livelli di preoccupazione, ruminazione o pensieri intrusivi; strategie di coping disfunzionali; compromissioni funzionali nella vita quotidiana, come il lavoro e le relazioni sociali; disagio emotivo intenso; difficoltà di pianificare il futuro (Lebel et al., 2016). Infatti, se da un lato, bassi livelli di questa paura possono essere considerati una normale reazione emotiva, aumentando la vigilanza verso potenziali recidive o metastasi del cancro e promuovendo scelte di vita più salutari, dall'altro, livelli

elevati possono generare confusione riguardo la propria condizione di salute e il proprio futuro (Yuyan et al., 2025). Questa intensa paura può amplificare la percezione dei sintomi e contribuire all'insorgenza di significativi problemi di salute mentale, come il disturbo da sintomi somatici o il disturbo post traumatico da stress. Inoltre, numerosi studi hanno dimostrato che la paura della recidiva è associata ad ansia, depressione, disturbi del sonno, riduzione della qualità di vita e compromissione delle funzioni fisiche (Podina, Todea & Fodor, 2023; Yuyan et al., 2025).

Alla luce di queste evidenze, emerge con chiarezza la necessità di integrare interventi psicoterapici strutturati all'interno dei percorsi di cura oncoematologici, in grado di rispondere in modo flessibile e continuativo ai bisogni dei pazienti nelle diverse fasi della malattia. Un adeguato supporto psicologico rappresenta quindi una componente fondamentale della presa in carico globale della persona, orientata non solo alla sopravvivenza, ma anche alla promozione del benessere psicologico e di una qualità di vita soddisfacente, nonostante la malattia.

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Origini e sviluppo dell'ACT

L'evoluzione della terapia cognitivo-comportamentale si sviluppa attraverso tre principali generazioni. La prima generazione, radicata nel paradigma comportamentale, nasce tra gli anni '50 e '60, con l'obiettivo di modificare il comportamento osservabile attraverso tecniche di apprendimento come il condizionamento classico e operante, l'esposizione e il rinforzo. La seconda generazione invece si sviluppa a partire dagli anni '70 e integra la dimensione cognitiva, spostando l'attenzione sui pensieri, le credenze e le distorsioni cognitive che influenzano emozioni e comportamenti; l'intervento si concentra così sulla ristrutturazione cognitiva, volta a individuare e modificare i pensieri disfunzionali. Dagli anni '90 emerge infine la terza generazione o terza "onda". In questa fase si sviluppano approcci che condividono l'obiettivo di modificare il modo in cui le persone si relazionano ai propri pensieri ed emozioni, piuttosto che intervenire direttamente sul loro contenuto, frequenza e forma, ponendo l'enfasi sull'accettazione degli stati interni, sulla *mindfulness* e sui valori personali (Hayes et al., 2006). L'attenzione non è più rivolta principalmente all'eliminazione della sintomatologia, ma alla coltivazione di un repertorio di risposte ampio, flessibile, adattivo (Nogueira, Nascimento & Krupskyi, 2025). Alla terza onda appartengono interventi quali: la *Dialectical Behavior Therapy* (DBT; Linehan, 1993); la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT; Segal, Williams, Teasdale, 2002); la *Functional Analytic Psychotherapy* (FAP; Kohlenberg & Tsai, 1991); la *Integrative Behavioral Couples Therapy* (IBCT; Christensen & Jacobson, 1995); gli Approcci metacognitivi (MT; Wells, 2009); l'*Acceptance and*

Commitment Therapy (ACT, si pronuncia come unica parola, “act” e, non con l’acronimo “A.C.T.”; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

L’ACT considera il linguaggio/pensiero come una delle principali cause della sofferenza umana e mira ad aiutare il paziente a riportare linguaggio e pensiero sotto un controllo contestuale funzionale (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). L’ACT, infatti, affonda le sue radici in una teoria del linguaggio e della cognizione nota come *Relational Frame Theory* (RFT), la quale spiega come i pensieri finiscano per acquisire un significato letterale che influenza le emozioni e i comportamenti, solo perché si è venuto a stabilire nel tempo una relazione arbitraria tra eventi (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). L’ACT e la RFT derivano dalla tradizione filosofica del contestualismo funzionale, secondo cui i comportamenti non possono essere analizzati separatamente dal contesto in cui si verificano. Un comportamento ha una funzione specifica all’interno del contesto in cui si verifica (Hayes, 2004). Pertanto, pensieri, emozioni e comportamenti non sono considerati disfunzionali o patologici di per sé, ma lo diventano in relazione al contesto (Hayes et al., 2006). Secondo l’ACT, il dolore psicologico è normale, ma si trasforma in sofferenza a causa del rapporto che si ha con quel dolore, postulando che i tentativi di controllare o sfuggire alle esperienze interiori come emozioni, pensieri e sensazioni corporee dolorose diventano ostacoli al raggiungimento degli obiettivi di vita a lungo termine che si ritengono importanti (Yavuz & Ulusoy, 2025).

Alla base dell’ACT vi è il modello di flessibilità psicologica, che rappresenta il fulcro del funzionamento psicologico sano e costituisce l’obiettivo principale dell’intervento terapeutico.

Il modello di flessibilità psicologica

Nella prospettiva ACT l’inflessibilità psicologica è alla base della sofferenza e del suo mantenimento ed è caratterizzata da sei processi patologici interconnessi: fusione cognitiva; evitamento esperienziale; attenzione inflessibile; attaccamento al sé contestualizzato; mancanza di contatto con i valori; inazione, impulsività o persistenza evitante (Barcaccia, 2019). Due di questi processi, la fusione cognitiva e l’evitamento esperienziale, risultano particolarmente pervasivi e influenzano in modo significativo gli altri quattro processi di inflessibilità psicologica, contribuendo sia all’insorgenza che al mantenimento della sofferenza umana (Rossi, 2022).

La fusione cognitiva è un processo attraverso cui pensieri, immagini, ricordi, sensazioni, assumono un’influenza predominante sulla regolazione del comportamento. In questa condizione, i pensieri vengono percepiti e trattati come fatti oggettivi, verità assolute, piuttosto che come semplici eventi mentali. Quando una persona agisce guidata esclusivamente dai contenuti dei propri pensieri, senza tenere conto del contesto, la sua flessibilità comportamentale si riduce. Questo può ostacolare la capacità di compiere azioni in linea con i propri valori (Luoma, Hayes & Walser, 2017), favorendo l’evitamento esperienziale.

Quest'ultimo è la tendenza a evitare esperienze interne difficili, cercando di modificarne la frequenza, l'intensità o la forma, anche quando questi tentativi risultano dannosi. L'evitamento può manifestarsi in vari modi, ad esempio attraverso la soppressione dei pensieri, la distrazione, il cibo, l'alcol o altre sostanze, il sonno e l'allontanamento da situazioni difficili. Pur riducendo temporaneamente il disagio, a lungo termine aumenta la presenza di esperienze indesiderate e riduce il tempo e l'energia dedicati ad aspetti della vita significativi e gratificanti (Luoma, Hayes & Walser, 2017). L'obiettivo dell'ACT è quindi quello di incrementare la flessibilità psicologica, cioè la capacità di entrare pienamente in contatto con il momento presente, come esseri umani consapevoli, e di persistere o modificare un comportamento in funzione dei valori scelti (Hayes et al., 2006). La flessibilità psicologica si sviluppa attraverso sei processi fondamentali dell'ACT, che costituiscono i pilastri del trattamento, rappresentati graficamente nel cosiddetto "esagono della flessibilità" (*Hexaflex*) (**Figura 1**): accettazione, defusione, contatto con il momento presente, sé-come-contesto, valori e azione impegnata (Barcaccia, 2019).

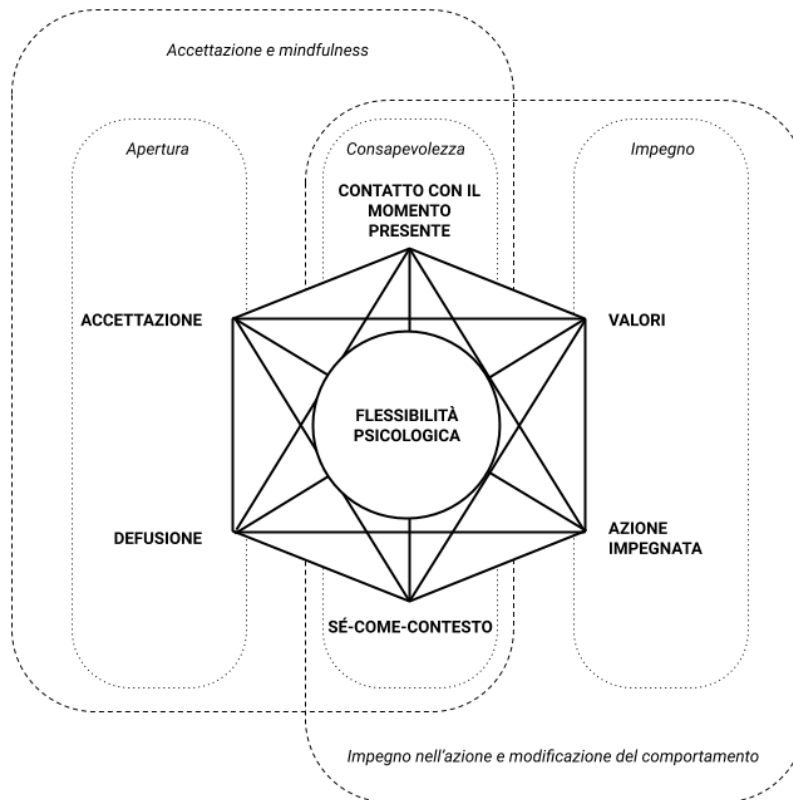


Figura 1: l'esagono della flessibilità psicologica (*Hexaflex*) (<https://www.act-italia.org/acceptance-commitment-therapy/>).

Accettazione: l'ACT introduce l'accettazione come alternativa all'evitamento esperienziale. Non è sinonimo di rassegnazione o di sopportazione, ma è un atteggiamento intenzionale, attivo e consapevole di apertura agli eventi psicologici indesiderati, spiacevoli e dolorosi (pensieri, immagini, emozioni) che sono

al di fuori della possibilità di controllo, senza inutili tentativi di modificarne la frequenza o la forma (Barcaccia, 2019; Rossi, 2022). L'accettazione è promossa come metodo per accrescere l'azione basata sui valori (Hayes et al., 2006).

Defusione: è un neologismo introdotto nell'ambito dell'ACT, che indica la capacità di riconoscere e osservare i pensieri per quello che sono realmente, ovvero contenuti verbali della mente, presenti qui e ora, al fine di diventare "osservatori" degli stessi (Barcaccia, 2012). L'obiettivo non è modificare o eliminare i contenuti dei pensieri disfunzionali, i quali continueranno ad essere presenti nella mente della persona, ma ridurre l'impatto che essi esercitano sul suo comportamento e sul suo benessere. In tal senso, si lavora per modificare il modo in cui la persona si relaziona ai propri pensieri, permettendole di osservarli con maggiore distacco e senza lasciarsi guidare automaticamente da essi (Rossi, 2022).

Contatto con il momento presente: si riferisce alla capacità di vivere in maniera flessibile nel qui e ora, coltivando la capacità di orientare volontariamente l'attenzione in modo fluido e adattivo, e di essere pienamente presenti rispetto a ciò che accade, momento per momento (Rossi, 2022). Promuovendo un contatto continuo e non giudicante con gli eventi psicologici e ambientali, nell'ACT, il contatto con il momento presente, contribuisce ad aumentare la flessibilità psicologica, al fine di facilitare l'adozione di comportamenti in linea con i propri valori (Hayes et al., 2006).

Sé-come-contesto: o sé che osserva, è la prospettiva stabile e costante da cui viviamo ogni esperienza. È il sé da cui le esperienze interne possono essere osservate dalla prospettiva io/qui/ora, senza rimanere intrappolati nel loro contenuto (Yavuz & Ulusoy, 2025). Da questa prospettiva di "pura consapevolezza" diventano possibili processi quali accettazione, defusione, contatto con il momento presente e azione impegnata orientata ai propri valori (Rossi, 2022).

Valori: sono "qualità globali dell'agire continuativo", azioni scelte momento per momento sulla base del contesto (Rossi, 2022). Aiutano gli individui a individuare la via per una vita ricca e significativa e orientano le loro azioni mentre si muovono in quella direzione. Indicano ciò per cui si vuole vivere e il tipo di persone che si vuole essere (Yavuz & Ulusay, 2025). Valori e obiettivi non coincidono: un valore rappresenta una direzione verso cui si desidera procedere in modo continuo, un processo senza un definitivo punto di arrivo. Un obiettivo, al contrario, è un risultato desiderato che può essere raggiunto o portato a termine (Harris, 2011).

Azione impegnata: è un processo momento dopo momento, in continua evoluzione, fondato sull'agire in modo coerente con i propri valori e orientato alla costruzione di schemi di comportamento efficaci. Si manifesta nel qui e ora; rappresenta una scelta intenzionale guidata da una direzione personale. È un agire flessibile, capace di adattarsi agli eventi, alle circostanze, alle situazioni che si presentano di volta in volta, persistendo nel proprio comportamento o cambiandolo (Rossi, 2022).

Questi sei principi fondamentali possono essere efficacemente riassunti nella seguente formula ACT (Harris, 2011):

- A= Accetta i tuoi pensieri e le tue emozioni e sii presente
- C= Connettiti con i tuoi valori
- T= Traduci i tuoi valori in azioni efficaci.

Come è possibile notare dalla figura 1, i sei processi che costituiscono la flessibilità psicologica sono profondamente connessi tra loro e possono essere raggruppati in due categorie principali: processi di accettazione e *mindfulness*, i quali comprendono accettazione, defusione, contatto con il momento presente, sé-come-contesto; processi di impegno nell'azione e modificazione del comportamento, comprendenti contatto con il momento presente, sé-come contesto, valori e azione impegnata. Le due categorie includono entrambe i processi di contatto con il momento presente e sé-come-contesto, poiché ogni esperienza psicologica consapevole dell'uomo avviene nel qui e ora (Rossi, 2022; Hayes, et al., 2006). Inoltre, i sei processi di flessibilità psicologica possono essere raggruppati in tre pilastri fondamentali della flessibilità psicologica: apertura (accettazione, defusione); consapevolezza (contatto con il momento presente, sé-come-contesto); impegno (valori, azione impegnata) (Flashler et al., 2017).

Tecniche e applicazioni cliniche dell'ACT

I sei processi fondamentali dell'*Acceptance and Commitment Therapy* non costituiscono un insieme rigido di tecniche da applicare secondo una sequenza prestabilita, ma rappresentano un sistema flessibile di interventi che può essere adattato e riorganizzato in funzione delle specifiche esigenze del paziente e del contesto clinico (Hayes & Pierson, 2006). Coerentemente con il suo orientamento *process-based*, l'ACT si caratterizza per l'impiego di ampio repertorio di strategie volte a ridurre l'impatto del linguaggio eccessivamente letterale e a favorire un contatto diretto, consapevole e non giudicante con l'esperienza presente (*ibidem*).

Tra le principali strategie cliniche utilizzate nell'ACT rientrano i paradossi funzionali, interventi che mirano a interrompere i tentativi disfunzionali di controllo delle esperienze interne, evidenziandone gli effetti paradossali. Attraverso tali strategie, il terapeuta guida il paziente a riconoscere come lo sforzo di evitare o sopprimere pensieri ed emozioni dolorose finisca spesso per intensificarli, favorendo lo sviluppo di un atteggiamento di maggiore apertura e disponibilità verso l'esperienza (Harris, 2011).

Un ruolo centrale è svolto dagli interventi esperienziali, costituiti da esercizi il cui obiettivo non è l'eliminazione delle emozioni o dei pensieri spiacevoli, ma lo sviluppo di una posizione di osservatore rispetto all'esperienza interna. Il paziente viene invitato a entrare in contatto con emozioni, sensazioni corporee e pensieri, notando ciò che accade momento per momento e osservando il fluire dell'esperienza

senza evitarla né esserne sopraffatto. Tali interventi favoriscono i processi di accettazione e di contatto con il momento presente, promuovendo una maggiore flessibilità psicologica.

L'ACT fa ampio uso del linguaggio figurato e metaforico, che consente di ampliare la prospettiva attraverso cui il paziente attribuisce significato alla propria esperienza. Le metafore permettono di creare nuove relazioni tra stati mentali ed eventi, favorendo risposte comportamentali più flessibili di fronte a situazioni emotivamente disturbanti. In questo modo, il linguaggio metaforico riduce la rigidità del pensiero letterale e facilita un cambiamento nel modo in cui la persona si relaziona ai propri contenuti mentali (Luoma, Hayes & Walser, 2017).

Le pratiche di *mindfulness* sono impiegate per favorire il contatto con il momento presente, il distanziamento dal contenuto letterale dei pensieri e lo sviluppo di una visione di sé più ampia e flessibile. Attraverso l'attenzione consapevole e non giudicante all'esperienza attuale, il paziente impara a osservare pensieri, emozioni e sensazioni corporee come eventi transitori, riducendo l'automatismo delle risposte disfunzionali e aumentando la capacità di scelta intenzionale (Luoma, Hayes & Walser, 2017).

Un'ulteriore strategia centrale è rappresentata dall'esposizione in vivo, che nell'ACT assume una funzione differente rispetto alla terapia cognitivo comportamentale tradizionale. Mentre in quest'ultima l'esposizione è finalizzata principalmente alla riduzione del disagio attraverso processi di estinzione o alla verifica delle credenze disfunzionali, nell'ACT l'esposizione ha lo scopo di allenare il paziente a rimanere in contatto con eventi privati temuti (pensieri, emozioni, sensazioni corporee) e a scegliere di agire in modo coerente con i propri valori, ampliando il repertorio comportamentale e riducendo l'evitamento esperienziale (Ruiz, 2012).

Il setting terapeutico rappresenta il contesto in cui il paziente viene guidato a entrare in relazione con le proprie esperienze interne in modo coerente con i propri valori. Nell'ACT, la relazione terapeutica riveste un ruolo centrale, in quanto costituisce lo spazio in cui possono essere modellati e sperimentati nuovi comportamenti più flessibili e funzionali. Attraverso la relazione, il terapeuta aiuta il paziente a riconoscere le manifestazioni di fusione cognitiva ed evitamento esperienziale che emergono nel qui e ora della seduta e, a partire da esse, a esercitare e sviluppare processi di defusione, accettazione e contatto con il momento presente (Barcaccia, 2019).

Grazie a questa impostazione, l'ACT ha dimostrato efficacia in una vasta gamma di contesti clinici. Oltre al trattamento di disturbi d'ansia, dell'umore, dell'uso di sostanze e di condizioni psicopatologiche resistenti ai trattamenti tradizionali, l'approccio si è affermato anche nell'ambito della medicina comportamentale, trovando applicazione in numerose condizioni mediche croniche, quali il diabete, il dolore cronico e altre patologie a lungo decorso. In questi ambiti, l'ACT favorisce una riduzione del disagio psicologico, un miglioramento del funzionamento quotidiano e il sostegno a cambiamenti

comportamentali orientati alla salute, consentendo ai pazienti di vivere una vita significativa anche in presenza di sintomi persistenti (Fashler et al., 2017).

L'ACT in ambito oncoematologico

I processi di inflessibilità psicologica nei pazienti oncologici

Diversi studi hanno evidenziato una relazione significativa tra inflessibilità psicologica e peggiori esiti di benessere emotivo e qualità della vita. In particolare, García-Torres e colleghi (2025), in uno studio condotto su pazienti oncologici, hanno esaminato le relazioni tra ansia, depressione, flessibilità psicologica e qualità della vita, mostrando che livelli più elevati di inflessibilità psicologica risultano associati a maggiori sintomi di ansia e depressione e a una peggiore funzionalità globale. I risultati hanno inoltre evidenziato un ruolo di mediazione della flessibilità psicologica nella relazione tra benessere emotivo e diverse dimensioni della qualità della vita, suggerendo che l'impatto di ansia e depressione sul funzionamento dei pazienti sia in parte spiegato da modalità rigide e disfunzionali di gestione dell'esperienza interna.

All'interno del costrutto di inflessibilità psicologica, l'evitamento esperienziale emerge come uno dei processi maggiormente implicati nella sofferenza oncologica. Brown e colleghi (2020), in uno studio focalizzato su pazienti con dolore oncologico, hanno mostrato che livelli più elevati di evitamento esperienziale sono associati a una maggiore interferenza del dolore nella vita quotidiana, a un aumento del distress emotivo e a una riduzione dell'impegno in attività significative. Gli autori sottolineano come il tentativo di evitare o controllare esperienze interne spiacevoli, conduca paradossalmente a una maggiore compromissione del funzionamento e a un peggioramento della qualità della vita, nonostante l'intento di ridurre la sofferenza nel breve termine (Brown et al., 2020).

Lewson e colleghi (2020) hanno esaminato le associazioni tra i principali costrutti dell'ACT e la severità dei sintomi fisici e psicologici in un campione di sopravvissuti oncologici che avevano completato i trattamenti primari. Gli autori hanno identificato tre sottogruppi di pazienti caratterizzati da diversi livelli di sintomi comuni, quali affaticamento, disturbi del sonno, dolore, ansia e sintomi depressivi. I risultati hanno mostrato che i pazienti appartenenti ai gruppi con maggiore carico sintomatologico presentavano livelli significativamente più elevati di fusione cognitiva, inflessibilità psicologica e ostacoli all'azione valoriale, insieme a livelli più bassi di *mindfulness*, accettazione e impegno valoriale, rispetto ai pazienti con sintomatologia nella norma. Complessivamente, lo studio fornisce un supporto empirico al modello ACT, suggerendo che nei pazienti oncologici una maggiore inflessibilità psicologica è associata a un'esperienza sintomatologica più intensa e a un peggiore

adattamento psicologico, indipendentemente dalle caratteristiche cliniche della malattia (Lewson et al., 2021).

A supporto della rilevanza trasversale di questi processi, una recente revisione sistematica ha esaminato l'associazione tra i principali processi dell'ACT e il disagio psicologico nei pazienti oncologici. Fawson et al. (2024), analizzando complessivamente i dati disponibili, hanno rilevato che l'evitamento esperienziale e la fusione cognitiva sono associati a livelli più elevati di ansia, depressione e distress emotivo, mentre i processi di flessibilità psicologica come accettazione e contatto con il momento presente, risultano associati a migliori esiti di adattamento psicologico e qualità della vita. Gli autori evidenziano come tali processi rappresentino fattori transdiagnostici centrali nel cancro, indipendentemente dal tipo di tumore, dalla fase della malattia, dal genere e dall'età dei pazienti, suggerendo che il modo in cui i pazienti si relazionano ai propri pensieri, emozioni e sensazioni corporee sia determinante per il benessere psicologico (Fawson et al., 2024). Infine, lo studio di Kuba et al. (2019) ha esaminato la relazione tra accettazione, *fatigue* e deterioramento cognitivo soggettivo in un ampio campione di sopravvissuti a tumori ematologici, dimostrando che livelli più elevati di accettazione sono associati a livelli più bassi di *fatigue* e deterioramento cognitivo. Inoltre, l'accettazione risulta moderare la relazione tra gravità della *fatigue* e interferenza della stessa nella vita quotidiana, riducendone l'impatto funzionale (Kuba et al., 2019).

Questi risultati rafforzano il razionale teorico dell'ACT in oncologia, indicando che interventi mirati a ridurre l'evitamento esperienziale e la fusione cognitiva e a promuovere la flessibilità psicologica possono essere particolarmente indicati in questa popolazione di pazienti.

Studi di efficacia dell'ACT in pazienti oncoematologici

Negli ultimi anni, prove sempre più numerose supportano l'ACT come terapia efficace e facilmente applicabile per i soggetti a cui è stato diagnosticato un cancro, sia durante la diagnosi e il trattamento, sia durante l'adattamento post trattamento (Yavuz & Ulusoy, 2025).

Due metanalisi hanno valutato l'efficacia dell'ACT sugli esiti psicologici nei pazienti con cancro. La revisione di Li e colleghi (2021) ha incluso 17 *trial* randomizzati controllati per un totale di 877 pazienti, mentre quella di Salari et al. (2023) ha incluso 15 studi per un totale di 965 pazienti. In entrambe le metanalisi, l'ACT risulta associata a una riduzione significativa dei livelli di ansia e depressione rispetto alle condizioni di controllo al termine del trattamento, con effetti che in molti studi risultano mantenuti anche nel *follow-up*. In particolare, Li et al. riportano una riduzione significativa del distress psicologico, nonché un miglioramento della qualità di vita e della flessibilità psicologica nei pazienti trattati con ACT. Salari e colleghi evidenziano una diminuzione dei punteggi medi di ansia e depressione in tutti gli studi inclusi, con effetti statisticamente significativi nella maggior parte dei lavori analizzati.

Risultati in parte sovrapponibili emergono dalla metanalisi di Jiang e colleghi (2024), che ha incluso 16 *trial* randomizzati controllati per un totale di 711 partecipanti con diversi tipi di cancro, tra cui neoplasie ematologiche. Gli autori riportano che l'ACT è associata a miglioramenti significativi dei livelli di ansia e depressione rispetto alle condizioni di controllo, sia al post-intervento sia nei *follow-up*.

In una revisione sistematica con metanalisi del 2025, è stata valutata l'efficacia dell'ACT nella riduzione della paura della recidiva (*Fear of Cancer Recurrence*, FCR) nei sopravvissuti al cancro. Sono stati inclusi 11 studi, pubblicati tra il 2017 e il 2024, per un totale di 1093 partecipanti. Gli interventi ACT avevano una durata media di circa quattro settimane, con *follow-up* fino a sei mesi. I risultati della metanalisi, condotta con modelli a effetti casuali, indicano che l'ACT è associata a una riduzione significativa della FCR rispetto alle condizioni di controllo al termine dell'intervento e che tale effetto è mantenuto anche nei *follow-up* a tre e a sei mesi. Inoltre, le analisi secondarie mostrano una riduzione significativa dell'evitamento esperienziale e dei livelli di ansia nei pazienti che hanno ricevuto l'intervento ACT (Yuyan et al., 2025).

Lo studio di Zakizadeh, Tajali & Sharifi del 2025 ha indagato l'efficacia dell'ACT sull'autoefficacia nell'affrontare il cancro in pazienti affetti da leucemia. La ricerca ha utilizzato un disegno quasi sperimentale con misurazioni *pre-test*, *post-test* e *follow-up*, includendo un gruppo sperimentale e uno di controllo. Il campione era composto da un totale di 30 pazienti ambulatoriali. Il gruppo sperimentale ha partecipato a un intervento di ACT strutturato in otto sessioni di 90 minuti, mentre il gruppo di controllo non ha ricevuto alcun intervento psicologico. I risultati mostrano che, rispetto al gruppo di controllo, i pazienti del gruppo sperimentale hanno riportato un aumento significativo dell'autoefficacia valutata mediante il *Cancer Behavior Inventory* (CBI), nelle sue diverse dimensioni, tra cui il mantenimento dell'attività e dell'indipendenza, la gestione degli effetti collaterali del trattamento, l'accettazione della malattia, la ricerca e la comprensione di informazioni mediche, la regolazione emotiva, la ricerca di supporto e la gestione dello stress. Tali miglioramenti risultano mantenuti anche al *follow-up* a tre mesi (Zakizadeh, Tajali & Sharifi, 2025).

Uno studio recente di Merwin e colleghi (2025), aveva come obiettivo quello di valutare l'accettabilità e la fattibilità di un intervento ACT rivolto a pazienti sottoposti a trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche e ai loro *caregiver*. L'intervento è stato sviluppato con l'obiettivo di ottimizzare gli esiti del trapianto, sostenendo i pazienti nel mantenimento di comportamenti salutari raccomandati, in particolare alimentazione e attività fisica, nonostante il disagio fisico ed emotivo associato al trattamento. Il protocollo di intervento, denominato *ACTivate*, consisteva in sei sessioni congiunte di ACT da 45-60 minuti, erogate tra 30 giorni prima del trapianto e 90 giorni dopo il trapianto (**Tabella 1**). Le sessioni miravano ad incrementare la flessibilità psicologica attraverso i sei processi ACT, in modo che pazienti e *caregiver* fossero in grado di mantenere le raccomandazioni mediche. Delle sedici diadi reclutate

inizialmente, dodici hanno proseguito e completato il trattamento e il 75% ha completato tutte e sei le sessioni. La maggior parte dei pazienti ha mostrato una riduzione dell'interferenza di pensieri ed emozioni con l'agire in linea con i propri valori, indicativa di un aumento della flessibilità psicologica. Inoltre, la maggioranza dei pazienti ha mantenuto o migliorato la distanza percorsa al test del cammino dei 6 minuti a 30 e/o 90 giorni post trapianto. I cambiamenti di peso corporeo sono risultati variabili, con una perdita di peso nella maggioranza dei pazienti a 90 giorni. Nel complesso gli autori concludono che l'intervento *ACTivate* risulta fattibile e accettabile in questa popolazione di pazienti e *caregiver* e fornisce segnali preliminari di potenziale utilità, sottolineando tuttavia la necessità di studi successivi randomizzati e controllati per valutare l'efficacia dell'intervento (Merwin et al., 2025).

	Attività	Descrizione
Sessione 1 –30 giorni (30 giorni prima del trapianto)	Introduzione; obiettivi e struttura del programma	Presentazione dello psicologo e dell'obiettivo del programma: aumentare la flessibilità psicologica, intesa come la capacità di agire in modo flessibile in presenza di pensieri ed emozioni difficili, al servizio di esiti ottimali del trapianto.
	La “stella polare” (identificazione dei valori personali)	Chiarificazione dei valori personali del paziente e del <i>caregiver</i> , che possono guidare le azioni nei momenti di difficoltà.
	La sfida e il “dono” di un piano di trattamento in evoluzione	Discussione della natura dinamica e incerta del percorso terapeutico attraverso la metafora del viaggio, favorendo l'apertura all'incertezza del processo di trapianto e agli imprevisti.
	Il ruolo del paziente / Il ruolo del <i>caregiver</i>	Identificazione dei ruoli del paziente e del <i>caregiver</i> e dell'importanza di alimentazione e attività fisica anche in presenza di disagio, pensieri ed emozioni spiacevoli legati agli esiti del trapianto.
	Compito a casa: scrittura sui valori personali	Invito a proseguire l'esplorazione dei valori personali attraverso la scrittura.
Sessione 2 –30 a –15 giorni (30–15 giorni prima del trapianto)	Riconoscere pensieri ed emozioni	Identificazione dei pensieri e delle emozioni difficili del paziente e del <i>caregiver</i> legati alla malattia o al trattamento.
	Metafora dei “passeggeri sull'autobus”	Utilizzo della metafora per favorire l'apertura a pensieri ed emozioni come “passeggeri” che possono presentarsi, piuttosto che come “guidatori” del comportamento; rafforzamento della prospettiva di sé come osservatore.
	Definizione di un obiettivo SMART	Definizione di un obiettivo specifico, misurabile, orientato all'azione, realistico e temporalmente definito per migliorare o mantenere alimentazione e attività fisica durante condizionamento, trapianto e periodo post-trapianto.
	Compito a casa: esercizio	Consolidamento dei concetti e pratica dell'obiettivo

	“passeggeri sull’autobus” e obiettivo SMART	SMART, in linea con i valori personali.
Sessione 3 –15 a 0 giorni (15–0 giorni prima del trapianto)	Le cose che non puoi controllare	Discussione su quando il controllo intenzionale è utile (es. controllo del comportamento) e quando non lo è (pensieri ed emozioni), riconoscendo i limiti del controllo in questa fase.
	Sollievo a breve termine e costi a lungo termine	Esplorazione di comportamenti che riducono il disagio nel breve termine ma risultano disfunzionali nel lungo periodo o in conflitto con i valori personali.
	Metafora degli “ospiti in casa”	Utilizzo della metafora per favorire l’accoglienza delle emozioni spiacevoli e un comportamento flessibile orientato ai valori.
	Sganciarsi dai pensieri disfunzionali	Identificazione dei “ganci” cognitivi e pratica dello sganciamento, osservando i pensieri come eventi mentali.
	L’attenzione come riflettore	Sviluppo di un’attenzione ampia e flessibile, riducendo ipervigilanza, evitamento o attenzione ristretta.
	Compito a casa: pratica dello sganciamento	Applicazione delle strategie apprese e prosecuzione del lavoro sugli obiettivi SMART.
Sessione 4 0 a +15 giorni (0–15 giorni dopo il trapianto)	Essere dove si è e consapevolezza del momento presente	Utilizzo della metafora del viaggio nel tempo ed esercizi di <i>mindfulness</i> (es. respirazione consapevole) per favorire la presenza mentale al servizio degli obiettivi valoriali.
	Fare la prossima cosa giusta	Introduzione dei punti di scelta ed esplorazione di azioni coerenti con i valori nel momento presente, orientate al processo piuttosto che al risultato.
	Quando la mente è piena, diventare <i>mindful</i>	Esercizi per discriminare una mente “piena” da una consapevolezza <i>mindful</i> dell’esperienza attuale.
	Compito a casa: esercizi di consapevolezza	Pratica delle strategie di <i>mindfulness</i> e prosecuzione degli obiettivi SMART.
Sessione 5 +15 a +45 giorni (15–45 giorni dopo il trapianto)	Vivere i propri valori	Ripresa dei valori personali e discussione su come incarnarli nella quotidianità con auto-compassione.
	Anticipare i “ganci” e restare sulla rotta	Identificazione di pensieri ed emozioni difficili presenti o futuri e strategie per rimanere orientati ai valori.
	Compito a casa: intenzione valoriale	Applicazione continuativa delle strategie ACT e degli obiettivi SMART.
Sessione 6 +45 a +90 giorni (45–90 giorni dopo il trapianto)	Vivere con intenzione	Riflessione sul vivere quotidiano con intenzionalità, nonostante limitazioni fisiche, tempi di recupero o complicanze.
	Dare significato	Esplorazione del significato dell’esperienza del trapianto, dei cambiamenti e delle continuità, utilizzando i valori come guida.
	Compito a casa:	Consolidamento di pattern comportamentali coerenti con

	attivazione comportamentale guidata dai valori	i valori personali.
--	--	---------------------

Tabella 1: struttura del protocollo *ACTivate* per pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali ematopoietiche (TCSE), adattata da Merwin et al. (2025).

Considerazioni cliniche e prospettive future

Nell'affrontare le problematiche legate al cancro, l'ACT, si configura come un approccio particolarmente adatto all'applicazione clinica in ambito oncologico (Yavuz & Ulusoy, 2025).

Infatti, affinché un intervento psicoterapeutico possa essere applicato in modo ampio ai pazienti oncologici, è essenziale che si basi su solide evidenze scientifiche e dimostri un adeguato rapporto costo-efficacia, oltre a un impiego efficiente delle risorse disponibili. Inoltre, l'approccio terapeutico dovrebbe possedere alcune caratteristiche fondamentali. In primo luogo, dovrebbe essere di tipo globale, prendendo in considerazione non solo i vissuti psicologici, ma anche i sintomi fisici che possono emergere durante il percorso oncologico, quali ad esempio il dolore, la stanchezza o la nausea. In secondo luogo, dovrebbe consentire una personalizzazione del trattamento, poiché le difficoltà affrontate dai pazienti possono modificarsi nelle diverse fasi della malattia e differire significativamente da persona a persona. È inoltre importante che l'intervento adotti un approccio transdiagnostico, evitando l'utilizzo di protocolli distinti per ogni singolo problema, alla luce dell'ampia varietà delle manifestazioni psicologiche e dell'elevata comorbidità che caratterizza questi pazienti. Un ulteriore requisito riguarda la flessibilità dell'approccio, che dovrebbe poter essere applicato in qualsiasi momento del percorso di cura, al fine di soddisfare le esigenze di questa popolazione. Infine, risulta fondamentale mantenere una visione integrata della persona, che non riduca il paziente alla malattia oncologica o ai sintomi, ma che miri a migliorare la qualità della vita in tutte le sue dimensioni. In questo contesto, l'ACT rappresenta un approccio di tipo olistico che risponde in larga misura a tali requisiti, offrendo un modello teorico-clinico valido per affrontare le problematiche psicologiche associate al cancro (Yavuz & Ulusoy, 2025; Dindo, Van Liew & Arch, 2017).

La letteratura disponibile suggerisce che l'ACT rappresenti un intervento psicoterapeutico promettente per i pazienti oncologici, inclusi quelli affetti da neoplasie ematologiche, in particolare per quanto riguarda la riduzione del disagio psicologico e il potenziamento di risorse adattive, quali la flessibilità psicologica. Le evidenze più solide in merito derivano dalle metanalisi e revisioni sistematiche condotte su campioni oncologici eterogenei, illustrate precedentemente, che documentano effetti significativi dell'ACT su ansia, depressione, distress psicologico, miglioramento dell'autoefficacia e paura della recidiva.

Dal punto di vista clinico, tali risultati suggeriscono che l'ACT possa costituire un approccio utile nei percorsi di cura rivolti ai pazienti oncoematologici, in quanto orientato a promuovere un atteggiamento di

apertura verso l'esperienza di malattia e a sostenere l'impegno in azioni coerenti con i propri valori, anche in presenza di sintomi fisici e psicologici.

Tuttavia, per quanto riguarda la popolazione oncoematologica nello specifico, le evidenze risultano ancora limitate. La maggior parte degli studi inclusi nelle metanalisi non analizza separatamente i pazienti con neoplasie ematologiche, rendendo difficile trarre conclusioni definite sull'efficacia dell'ACT in questo sottogruppo clinico. Questi lavori forniscono, comunque, importanti indicazioni preliminari sull'utilità dell'ACT e sulla sua buona accettabilità anche in contesti clinici complessi, come il trapianto di cellule staminali emopoietiche. In particolare, le evidenze mostrano un'associazione significativa tra accettazione e migliori esiti di adattamento psicologico, quali minori livelli di fatica e di compromissione cognitiva soggettiva, supportando il ruolo dell'accettazione come processo clinicamente rilevante in questa popolazione.

Alla luce di tali considerazioni, appare necessario promuovere ulteriori studi sperimentali, in particolare *trial* randomizzati controllati, focalizzati specificatamente su pazienti oncoematologici. Dal punto di vista clinico, risulta inoltre rilevante approfondire il ruolo dei processi centrali dell'ACT, al fine di chiarire i meccanismi di cambiamento dell'intervento e di sviluppare programmi terapeutici sempre più mirati a soddisfare le esigenze di questa popolazione di pazienti. Tali sviluppi potrebbero contribuire a una maggiore integrazione dell'ACT nei percorsi di cura in ambito oncoematologico.

Bibliografia

- Abduh, M. S. (2024). An overview of multiple myeloma: A monoclonal plasma cell malignancy's diagnosis, management, and treatment modalities. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 31(2), 103920.
- Allart-Vorelli, P., Porro, B., Baguet, F., Michel, A., & Cousson-Gélie, F. (2015). Haematological cancer and quality of life: a systematic literature review. *Blood cancer journal*, 5(4), e305-e305.
- Amjad, M. T., Chidharla, A., & Kasi, A. (2023). Cancer Chemotherapy. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Amonoo, H. L., Massey, C. N., Freedman, M. E., El-Jawahri, A., Vitagliano, H. L., Pirl, W. F., & Huffman, J. C. (2019). Psychological considerations in hematopoietic stem cell transplantation. *Psychosomatics*, 60(4), 331-342.
- Annibali, O., Pensieri, C., Tomarchio, V., Biagioli, V., Pennacchini, M., Tendas, A., ... & Tirindelli, M. C. (2017). Protective isolation for patients with haematological malignancies: a pilot study investigating patients' distress and use of time. *International journal of hematology-oncology and stem cell research*, 11(4), 313.

- Barcaccia, B. (2012). IL PROCESSO DI DEFUSIONE NELLA TERAPIA DELL'ACCETTAZIONE E DELL'IMPEGNO (ACT). *Cognitivismo clinico*, 9(2).
- Barcaccia, B. (2019). The process of acceptance in Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Rassegna di psicologia*, 36(1), 85-96.
- Bazin, A., & Popradi, G. (2019). A general practitioner's guide to hematopoietic stem-cell transplantation. *Current Oncology*, 26(3), 187.
- Brown, S. L., Roush, J. F., Marshall, A. J., Jones, C., & Key, C. (2020). The intervening roles of psychological inflexibility and functional impairment in the relation between cancer-related pain and psychological distress. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(1), 100-107.
- Buciu, A. G., Espinel, Z., Weber, M., Tran, S., & Rueda-Lara, M. (2025). Post-Traumatic Stress and Stressor-Related Disorders in Hematological Malignancies: a Review. *Journal of Clinical Medicine*, 14(17), 6132.
- Chennamadhavuni, A., Iyengar, V., Mukkamalla, S. K. R., & Shimanovsky, A. (2023). Leukemia. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Christensen, A., Jacobson, N. S., & Babcock, J. C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. *Clinical handbook of couple therapy*, 6, 31-64.
- Costantini, A., Levenson, J. A., & Bersani, F. S. (2014). La crisi della scoperta. In M. Biondi, A. Costantini, & T. Wise (Eds.), *Psiconcologia*. Raffaello Cortina Editore.
- Cowan, A. J., Green, D. J., Kwok, M., Lee, S., Coffey, D. G., Holmberg, L. A., ... & Libby, E. N. (2022). Diagnosis and management of multiple myeloma: a review. *Jama*, 327(5), 464-477.
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic behavioral intervention for mental health and medical conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546-553.
- Fashler, S. R., Weinrib, A. Z., Azam, M. A., & Katz, J. (2017). The use of acceptance and commitment therapy in oncology settings: a narrative review. *Psychological reports*, 121(2), 229-252.
- Fawson, S., Moon, Z., Novogrudsky, K., Moxham, F., Forster, K., Tribe, I., ... & Hughes, L. D. (2024). Acceptance and commitment therapy processes and their association with distress in cancer: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 18(3), 456-477.
- García-Torres, F., García-Carmona, M., Gómez-Solís, Á., Jurado-González, F., Jablonski, M., Jaén-Moreno, M. J., & Aranda, E. (2025). Anxiety, depression, quality of life and the mediating role of psychological flexibility: a study on Spanish cancer patients. *Scientific Reports*, 15(1), 22530.
- Gargiulo, G. (2023). Il giorno 0. In F. Ciceri, S. Botti, & M. Cioce (Eds.), *Handbook GITMO. Trapianto di cellule staminali emopoietiche e terapia cellulare* (Vol. 3, pp. 96–98). GITMO.

- Harris, R. (2011). *La trappola della felicità: come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Hatzimichael, E., & Tuthill, M. (2010). Hematopoietic stem cell transplantation. *Stem cells and cloning: advances and applications*, 105-117.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., & Pierson, H. (2006). Acceptance and Commitment Therapy. In S. Felgoise, A. M. Nezu, C. M. Nezu, & M. A. Reinecke (Eds.), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 1-5). Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Henig, I., & Zuckerman, T. (2014). Hematopoietic stem cell transplantation—50 years of evolution and future perspectives. *Rambam Maimonides medical journal*, 5(4), e0028.
- Jagdale, A. S., Dhalwade, A. P., Shaikh, A. A., & Giramkar, A. A. (2022). HEMATOLOGICAL CANCER. *World*, 1(1).
- Jamil, A., & Mukkamalla, S. K. R. (2023). Lymphoma. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Jiang, X., Sun, J., Song, R., Wang, Y., Li, J., & Shi, R. (2024). Acceptance and commitment therapy reduces psychological distress in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychology*, 14, 1253266.
- Khaddour, K., Hana, C. K., & Mewawalla, P. (2023). Hematopoietic Stem Cell Transplantation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (2007). Functional analytic psychotherapy. In *Functional analytic psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships* (pp. 169-188). Boston, MA: Springer US.
- Kuba, K., Weißflog, G., Götze, H., García-Torres, F., Mehnert, A., & Esser, P. (2019). The relationship between acceptance, fatigue, and subjective cognitive impairment in hematologic cancer survivors. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(2), 97-106.

- Lebel, S., Ozakinci, G., Humphris, G., Mutsaers, B., Thewes, B., Prins, J., ... & University of Ottawa Fear of Cancer Recurrence Colloquium attendees. (2016). From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Supportive care in cancer*, 24(8), 3265-3268.
- Lee, R. S., & Halliday, L. E. (2025). The psychological effects of protective isolation on haematological stem cell transplant patients: an integrative, descriptive review. *Supportive Care in Cancer*, 33(2), 133.
- Lesko, L. M., & Holland, J. C. (1988). Psychological issues in patients with hematological malignancies. *Supportive care in cancer patients*, 243-270.
- Lewis, W. D., Lilly, S., & Jones, K. L. (2020). Lymphoma: diagnosis and treatment. *American family physician*, 101(1), 34-41.
- Lewson, A. B., Johns, S. A., Krueger, E., Chinh, K., Kidwell, K. M., & Mosher, C. E. (2021). Symptom experiences in post-treatment cancer survivors: associations with acceptance and commitment therapy constructs. *Supportive Care in Cancer*, 29(7), 3487-3495.
- Li, Z., Chen, G., & Du, G. (2025). Global, regional, and national economic burden of hematologic malignancies (1990–2021) with projections to 2050. *Frontiers in Public Health*, 13, 1570792.
- Li, Z., Li, Y., Guo, L., Li, M., & Yang, K. (2021). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for mental illness in cancer patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International journal of clinical practice*, 75(6), e13982.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Jensen.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: an acceptance and commitment therapy skills training manual for therapists*. New Harbinger Publications.
- Maani, E. V., & Maani, C. V. (2022). Radiation therapy. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Maffini, E., & Bonifazi, F. (2023). Aspetti clinici nei primi 100 giorni. In F. Ciceri, S. Botti, & M. Cioce (Eds.), *Handbook GITMO. Trapianto di cellule staminali emopoietiche e terapia cellulare* (Vol. 3, pp. 99-102). GITMO.
- Majeed H, Gupta V. (2023). Adverse Effects of Radiation Therapy. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- McFarland, D. C., & Holland, J. C. (2016). The management of psychological issues in oncology. *Clin Adv Hematol Oncol*, 8, 13-16.
- Merwin, R. M., Smith, P. J., Riley, J. A., Infield, J., O'Connell, C., Mayo, D., ... & Sung, A. D. (2025). Acceptability and feasibility of acceptance and commitment therapy for improving outcomes in hematopoietic stem cell transplant. *PloS one*, 20(3), e0319339.
- Nogueira, S., Nascimento, C. M., & Krupskyi, O. P. (2025). The evolution of cognitive and behavioural therapies across three generations—a state of the art. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Psychology*, 3, 70-75.

- Pan, T., Zhang, J., Wang, X., & Song, Y. (2025). Global burden and trends of hematologic malignancies based on Global Cancer Observatory 2022 and Global Burden of Disease 2021. *Experimental Hematology & Oncology*, 14(1), 98.
- Papathanasiou, I. V., Kelepouris, K., Valari, C., Papagiannis, D., Tzavella, F., Kourkouta, L., ... & Fradelos, E. C. (2020). Depression, anxiety and stress among patients with hematological malignancies and the association with quality of life: a cross-sectional study. *Medicine and pharmacy reports*, 93(1), 62.
- Podina, I. R., Todea, D., & Fodor, L. A. (2023). Fear of cancer recurrence and mental health: a comprehensive meta-analysis. *Psycho-oncology*, 32(10), 1503–1513.
- Ranasingha, N. (2024). The Role of Psychological Interventions for Patients with Hematologic Malignancies: a Review. *Journal of Clinical Research and Case Studies*, 2(3), 1-12.
- Rossi, E. (2022). *La guida essenziale all'ACT. Teoria e pratica dell'Acceptance and Commitment Therapy*. Giovanni Fioriti Editore.
- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International journal of psychology and psychological therapy*, 12(3), 333-358.
- Salari, N., Rezaie, L., Khazaie, H., Bokaei, S., Ghasemi, H., Mohammadi, M., & Khaledi-Paveh, B. (2023). The effect of acceptance and commitment therapy on anxiety and depression in patients with cancer: a systematic review. *Current Psychology*, 42(7), 5694-5716.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Sun, K., Wu, H., Zhu, Q., Gu, K., Wei, H., Wang, S., ... & Wei, W. (2025). Global landscape and trends in lifetime risks of haematologic malignancies in 185 countries: population-based estimates from GLOBOCAN 2022. *EClinicalMedicine*, 83.
- Waddington, F., Amerikanou, M., Brett, J., Watson, E., Abbots, V., Dawson, P., & Henshall, C. (2024). A systematic review to explore the effectiveness of physical health and psychosocial interventions on anxiety, depression and quality of life in people living with blood cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 42(1), 113-147.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Yavuz, K. F., & Ulusoy, S. (2025). Acceptance and commitment therapy. In E. Savaş (Ed.), *Psychotherapy for cancer patients* (pp. 97–115). Springer.
- Yuyan, Y., Jiaqi, L., Ting, W., Juan, X., Jinfeng, W., & Jing, L. (2025). Acceptance and commitment therapy effectiveness for fear of cancer recurrence: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 76.

Zakizadeh, M., Bashardost Tajali, F., & Sharifi, N. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Self-Efficacy in Coping with Cancer in Leukemia Patients. *Avicenna Journal of Neuro Physiology*, 11(4), 132-138.

Sitografia

ACT Italia. (n.d.). *Acceptance Commitment Therapy*. <https://www.act-italia.org/acceptance-commitment-therapy/>

Associazione Italiana contro Leucemie, linfomi e mieloma. (n.d.). *Radioterapia*. <https://www.ail.it/informati-sulla-malattia/terapie-esami/terapie/radioterapia>

Associazione Italiana contro Leucemie, linfomi e mieloma. (n.d.). *Chemioterapia*. <https://www.ail.it/informati-sulla-malattia/terapie-esami/terapie/chemioterapia>

Associazione Italiana Malati di Cancro (AIMaC). (2024). *La chemioterapia: Quando, perché, quali effetti* (La Collana del Girasole, n. 2). <https://www.aimac.it>

Giuliana Di Paola, Psicologa Psicoterapeuta, Palermo (PA)

Specializzata in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale (IGB)

Training Basile, Fadda e Gragnani

e-mail: giulianadipaola.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

L'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Eliana Misuraca¹

Psicologa e Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale

Scuola di Psicoterapia Cognitiva IGB Palermo

Riassunto

Il presente elaborato analizza l'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento del Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC), ponendosi come contributo teorico all'integrazione tra approcci cognitivo-comportamentali e modelli basati sull'accettazione. Il DOC rappresenta una delle condizioni psicopatologiche più invalidanti, tradizionalmente trattata mediante Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) ed Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP), protocolli che, pur dimostrando elevata efficacia, risultano talvolta difficili da tollerare per i pazienti a causa dell'intensa risposta d'ansia. L'ACT, fondata sui principi della mindfulness e della flessibilità psicologica, propone un cambiamento di prospettiva: non mira alla soppressione dei pensieri ossessivi, ma alla trasformazione della relazione che il soggetto intrattiene con essi, favorendo comportamenti coerenti con i propri valori. Le evidenze empiriche indicano che l'aumento della flessibilità psicologica è associato a una riduzione dei sintomi ossessivo-compulsivi e a un miglioramento della qualità della vita. Alla luce di tali risultati, l'ACT emerge come intervento promettente e complementare alla CBT tradizionale, pur richiedendo ulteriori studi per la definizione di protocolli standardizzati e la conferma della sua efficacia nel trattamento del DOC.

Parole Chiave: Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno, Disturbo Ossessivo Compulsivo, Terapia Cognitivo-Comportamentale, Esposizione con Prevenzione della Risposta, Terapie di terza generazione, Studi di Efficacia dell'ACT, Disturbi d'ansia, Metanalisi ACT, Studi comparativi di efficacia dell'ACT, Flessibilità Psicologica, Casi Singoli, Studi su serie di casi, Studi controllati randomizzati.

Eliana Misuraca, L'efficacia dell'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo, N. 36, 2025, pp. 30-59.

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

Summary

This paper analyzes the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of Obsessive Compulsive Disorder (OCD), offering a theoretical contribution to the integration between cognitive-behavioral approaches and acceptance-based models. OCD represents one of the most disabling psychopathological conditions, traditionally treated with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Exposure and Response Prevention (ERP), protocols that, while demonstrating high efficacy, are sometimes difficult for patients to tolerate due to the intense anxiety response. ACT, based on the principles of mindfulness and psychological flexibility, proposes a shift in perspective: it does not aim to suppress obsessive thoughts, but to transform the relationship the individual maintains with them, promoting behaviors consistent with their values. Empirical evidence indicates that increased psychological flexibility is associated with a reduction in obsessive-compulsive symptoms and an improvement in quality of life. In light of these findings, ACT emerges as a promising and complementary intervention to traditional CBT, although it requires further studies to define standardized protocols and confirm its effectiveness in the treatment of OCD.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, Obsessive Compulsive Disorder, Third-Generation Therapies, Cognitive Behavioural Therapy, Exposure and Response Prevention, ACT Efficacy Studies, Anxiety Disorders, ACT Methanalyses, Comparative ACT Efficacy Studies, Psychological Flexibility, Single Cases, Case Series Studies, Randomized Controlled Trials.

Introduzione

Questo elaborato teorico si pone l'obiettivo di indagare il tema dell'efficacia dell'*Acceptance Commitment Therapy* (ACT) applicata al trattamento di soggetti con una diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC). Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) rappresenta una delle condizioni psichiatriche più invalidanti, caratterizzata da ossessioni intrusive e compulsioni ripetitive che possono compromettere in modo più o meno significativo il funzionamento sociale, lavorativo e personale del soggetto che ne soffre. Tradizionalmente il trattamento elettivo "gold standard" si basa sulla Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), in particolare sull'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP), spesso associata ad una farmacoterapia con inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI).

Nonostante l'efficacia consolidata di tali approcci, una buona percentuale di pazienti mostra delle resistenze, una scarsa aderenza alla terapia e ricadute, rendendo necessario lo sviluppo di strategie terapeutiche complementari. In questo ambito si colloca proprio l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), un modello di terapia cognitivo-comportamentale di terza generazione che affonda le sue basi teoriche sul Contestualismo Funzionale e la *Relational Frame Theory* (FRT) e che si basa su processi di accettazione, *Mindfulness* e chiarificazione dei valori personali. L'ACT non mira alla soppressione dei sintomi, bensì alla modifica della relazione che il soggetto intrattiene e crea con i propri pensieri e vissuti ossessivi, promuovendo la cosiddetta "flessibilità psicologica", un costrutto centrale nell'ACT, considerato trans-diagnostico, che si configura come un mediatore centrale del benessere psicologico e della riduzione della sofferenza clinica. L'interesse, la diffusione e l'applicazione di questo nuovo approccio terapeutico e i promettenti risultati che ha ottenuto anche nel trattamento di altri disturbi psicologici, hanno spinto il mio interesse a indagare e approfondire la tematica della sua efficacia applicata al trattamento del DOC. Ad oggi gli

studi e le rassegne più recenti hanno evidenziato che l'ACT è in grado di produrre delle riduzioni significative dei sintomi ossessivi-compulsivi con effetti di entità moderata, comparabili a quelli della CBT tradizionale. Inoltre, l'ACT si è dimostrata particolarmente utile nei casi in cui l'ERP risulti poco tollerata dai pazienti, offrendo un'alternativa meno ansiogena e più accettabile. Gli studi longitudinali confermano inoltre che questo approccio terapeutico ha degli effetti anche nel mantenimento dei benefici e dei risultati ottenuti nel *follow-up* fino a sei mesi dalla fine del trattamento, suggerendo un impatto duraturo sulla qualità della vita della persona.

Alla luce di queste evidenze, l'ACT è ad oggi riconosciuta dalle linee guida internazionali come un approccio *evidence-based* per il trattamento del DOC, tanto quanto la CBT tradizionale e l'ERP. Lo stato dell'arte conferma dunque che l'ACT ha assunto un ruolo crescente e promettente all'interno della pratica clinica, delineando delle prospettive di ricerca orientate ad ottimizzare i protocolli e le tecniche di intervento anche nel trattamento del DOC.

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo

Definizione e caratteristiche cliniche del Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Il Disturbo Ossessivo-compulsivo (DOC) è una condizione psicopatologica caratterizzata dalla presenza di un quadro sintomatologico costituito da ossessioni e compulsioni.

Le ossessioni sono pensieri intrusivi, immagini mentali, impulsi persistenti e disturbanti, che il paziente vive in modo ego-distonico e che generano un'intensa attivazione emotiva. Alle ossessioni, si aggiunge la presenza di compulsioni, che sono definite come comportamenti ripetitivi o atti mentali, messi in atto nel tentativo di neutralizzare la minaccia e la forte angoscia provocata dalle ossessioni e nel tentativo di prevenire eventi temuti.

- Le ossessioni possono essere distinte in: autonome, i cosiddetti pensieri proibiti, che si presentano sotto forma di bestemmie e generano una forte preoccupazione morale; le ossessioni reattive, che si riferiscono a pensieri che generalmente si presentano alla mente sotto forma di dubbi e le ruminazioni, che talvolta fungono da innesco per il circolo ossessivo e riguardano una modalità di pensiero ripetitivo e tormentoso (Mancini et al., 2021). Il contenuto delle ossessioni dipende dal soggetto, infatti può variare da persona a persona. Alcuni temi ricorrenti possono riguardare impulsi aggressivi verso le altre persone, il timore di essere contaminati o altri pensieri di natura sessuale o soprannaturale. I pazienti vengono così studiati in riferimento alla diversa intensità con cui dimostrano di possedere alcuni sintomi caratteristici del Disturbo Ossessivo Compulsivo. Da qui, è stato possibile individuare diversi sottotipi di DOC (Abramowitz, 2006):
- Contaminazione: si riferisce al timore di venire contaminato e di diffondere la contaminazione; questo timore può essere più o meno realistico o esse possono assumere la forma di una sensazione di "sporcizia interna", con connotazioni più morali;
- Dubbio e Controllo Compulsivo: il controllo compulsivo è la seconda forma (dopo la contaminazione e i rituali di decontaminazione), di Disturbo Ossessivo Compulsivo con maggior prevalenza;
- Simmetria e Ordine: le ossessioni e le compulsioni riferite alla simmetria e all'ordine sono molto diffuse all'interno della patologia, anche tra i bambini e gli adolescenti; le emozioni che il paziente sperimenta vengono considerate peculiari rispetto alle emozioni delle altre tipologie; infatti, simmetria

e ordine portano sensazioni di ansia e di paura, in cui il soggetto è spinto dal desiderio di far andare bene le cose;

- Ossessioni Pure: sono ossessioni intense e frequenti, in assenza di compulsioni chiaramente rilevabili;
- Ossessioni di Danno: riferite a pensieri o immagini relative a danni potenziali a sé o ad altri, di tipo materiale, economico o emotivo, dovute a proprie disattenzioni o mancanze;
- Ossessioni Aggressive: si riferiscono a pensieri, immagini o impulsi di fare del male a persone care o a sé stessi, contro la propria volontà;
- Ossessioni Omosessuali: pensieri, immagini, fantasie o impulsi a contenuto omoerotico, che attivano nel soggetto eterosessuale il dubbio di poter essere omosessuale latente;
- Ossessioni Relazionali: dubbi sull'adeguatezza del proprio partner e sul sentimento nei confronti di quest'ultimo; pensieri o immagini, fantasie o impulsi sessuali nei confronti di persone diverse dal partner che innescano il dubbio ossessivo di non essere innamorato di quest'ultimo;
- Ossessioni religiose o morali: pensieri o immagini a contenuto blasfemo (es: bestemmie, insulti a defunti, fantasie sessualizzate verso immagini sacre);
- Ossessioni sessuali e di pedofilia: pensieri, immagini o impulsi nei confronti di persone sconvenienti come parenti, animali o bambini.

Le principali caratteristiche delle ossessioni sono legate all'intrusività e alla bizzarria.

Il pensiero ossessivo è intrusivo, nel senso che, almeno in apparenza, le ossessioni si presentano alla mente anche in momenti in cui la persona è impegnata in altro. Ciò che invece accade è che quando arrivano i pensieri ossessivi la mente è già predisposta a cogliere stimoli rilevanti per le preoccupazioni della persona, sebbene incongrui rispetto all'occupazione del momento. (Cherry, 1953). Inoltre, l'intrusività delle ossessioni è legata alla peculiare caratteristica di rendere i pensieri incongrui rispetto al modo in cui la persona sente di essere e si riconosce con i suoi valori. Ciò induce la persona a non riconoscersi da un punto di vista identitario e a sperimentare un forte malessere, che lo indurrà a contrastare tali pensieri mettendo in atto dei tentativi di soluzione. Così come l'intrusività, anche la bizzarria è una caratteristica peculiare delle ossessioni, in quanto spesso le preoccupazioni ossessive dei pazienti sono ritenute e percepite dagli stessi come assurde, altamente improbabili e inaccettabili e proprio per questo generano intensa sofferenza (Mancini et al., 2021). La presenza di queste emozioni intense crea un disagio talmente marcato che gli individui si sentono costretti a mettere in atto una serie di comportamenti, che poi risulteranno rituali, o una serie di azioni mentali, per neutralizzare le ossessioni o tentare di eliminarle dalla mente: questi comportamenti vengono definiti compulsioni.

Le compulsioni sono dei tentativi di soluzione veri e propri che si manifestano attraverso comportamenti osservabili (compulsioni *overt*) o rituali mentali (compulsioni *covert*) che la persona sente la necessità di mettere in atto per poter rispondere alle ossessioni e ridurre il disagio innescato da queste ultime. All'interno del DSM-5 è stato messo in evidenza come le compulsioni non siano sempre collegate realisticamente all'evento temuto e spesso rappresentino modi esagerati di giungere alla risoluzione del problema (APA, 2013). Esse producono un effetto che induce il paziente a sentire meno disagio nel breve termine ma a lungo termine risultano controproducenti, in quanto alimentano e mantengono il problema. Le compulsioni possono essere di vario tipo: di controllo, di lavaggio, ordine

e simmetria, accumulo, rituali mentali o miste oppure possono essere ruminazioni prospettiche, retrospettive, ragionamenti dialettici o veri e propri evitamenti; tuttavia ciò che accomuna e caratterizza la compulsività di tali azioni è la funzione di neutralizzazione della minaccia, la ripetitività e la rigidità con cui vengono eseguiti tali comportamenti (Mancini, Gangemi, 2016); l'ego-distonia e la consapevolezza che, a volte, porta la persona a ritenerle eccessive e/o irrazionali, sebbene senta di essere obbligato a metterle in atto; l'effetto di temporanea riduzione dell'ansia e l'interferenza che hanno nella vita quotidiana dei pazienti (Mancini et al., 2021).

All'interno del modello cognitivo-comportamentale (CBT), il DOC viene concettualizzato e spiegato come un disturbo che riguarda la relazione con il pensiero e con l'incertezza. Ciò che quindi genera malessere e sofferenza non è legato alla presenza di pensieri intrusivi in sé ma al significato che i pazienti attribuiscono ad essi e alle strategie di controllo che ne conseguono. I pensieri vengono interpretati dai pazienti come pericolosi, inaccettabili, come la spia di una minaccia imminente e per tale motivo generano l'urgenza di prendere dei provvedimenti, attivando circoli viziosi di evitamento e ritualizzazione. (Mancini et al, 2021).

Un altro aspetto che caratterizza il quadro clinico del DOC è osservabile nelle valutazioni dei pazienti ossessivi, i quali, almeno in certi momenti, muovono una critica alle loro preoccupazioni e ai tentativi di soluzione che quotidianamente si trovano a mettere in atto. Questa critica generalmente coinvolge due aspetti: uno riguarda la consapevolezza dell'impatto negativo che il disturbo ha nella loro vita e nella vita delle persone con cui vivono; il secondo aspetto critico è rivolto ai timori ossessivi ritenuti irrealistici, tanto da metterne in dubbio la fondatezza. Tali valutazioni critiche, tuttavia, non conducono il paziente a ridurre o contenere il disturbo, ma al contrario sono fallimentari e controproducenti in quanto non sono volte all'accettazione dei rischi legati alla rinuncia della certezza. Inoltre, ricorrere ai tentativi di soppressione delle ossessioni aggrava il quadro sintomatologico e contribuisce al mantenimento del disturbo stesso (Ibidem).

Epidemiologia del DOC e impatto sulla qualità della vita

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) è una patologia psichiatrica complessa, che colpisce tra il 2% e il 4% della popolazione mondiale ed è considerato una delle dieci condizioni più invalidanti secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'epidemiologia del DOC si può suddividere in diversi punti (Mancini, 2005):

- Prevalenza Life-time, compresa tra il 2,2 ed il 5% con uguale distribuzione tra i sessi;
- Prevalenza Puntuale, che rappresenta l'1,5% circa;
- Popolazione Giovanile (15 – 18 anni): prevalenza puntuale fino al 3%;
- Incidenza Massima intorno ai 15 anni e intorno ai 25 anni.

Sulla base di studi condotti sui familiari è possibile osservare che il 10% dei pazienti con Disturbo Ossessivo Compulsivo ha almeno un parente di I grado con lo stesso disturbo e questa percentuale tende ad aumentare nelle forme ad esordio precoce. Inoltre, il decorso del disturbo ossessivo-compulsivo tende a cronicizzare tanto da diventare invalidante e assume un andamento ingravescente in percentuale tra il 5 ed il 10% aumentando la gravità (Mancini, 2005). L'impatto del DOC sulla qualità della vita della persona è profondo e pervasivo. I sintomi possono compromettere il funzionamento sociale, lavorativo e relazionale del soggetto, producendo sofferenza psicologica, isolamento e vissuti di demoralizzazione. Alcuni studi osservazionali hanno evidenziato che la durata della malattia

non trattata è correlata ad un decorso clinico caratterizzato da un maggiore rischio di comorbidità con disturbi depressivi e un peggioramento del quadro sintomatologico. (Roselli, 2025). Inoltre, il DOC, se non è adeguatamente trattato, tende a cronicizzare, amplificando le forme di ritualizzazione e i vissuti di senso di colpa e vergogna.

Sul piano sociale, il DOC rappresenta un carico per il sistema sanitario sia in termini di costi diretti (trattamenti farmacologici e psicoterapici) sia indiretti (perdita della produttività, assenteismo e disabilità). Per questo è importante effettuare una diagnosi precoce e avviare un intervento tempestivo, al fine di migliorare la prognosi e ridurre l'impatto del disturbo nella vita della persona che ne soffre. Il DOC rappresenta una condizione psicopatologica diffusa e invalidante, che richiede un approccio multidisciplinare e personalizzato per poter essere affrontato in modo efficace. L'attenzione crescente alla sua epidemiologia e al suo impatto sulla qualità della vita sta consentendo una graduale riduzione dello stigma e contribuisce a promuovere una migliore e maggiore accessibilità alle cure (Rodriguez-Salgado et al., 2006).

Eziopatogenesi del disturbo

All'interno del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali (DSM-5), l'eziopatogenesi del DOC è definita multifattoriale e coinvolge l'interazione complessa tra fattori genetici, neurobiologici, psicologici e immunologici. Il DOC è infatti una patologia complessa e ciò implica un'analisi multidisciplinare di diversi approcci.

Sul piano biologico, il disturbo ossessivo-compulsivo è una patologia legata ad una carenza di trasmissione serotoninergica tra i neuroni cerebrali; questa spiegazione coinvolge non solo la natura biologica ma può anche essere legata al ruolo di una componente genetica nella misura in cui alcuni comportamenti sarebbero acquisiti in persone geneticamente predisposte. Sulla base di alcuni studi classici della genetica effettuati sulle famiglie e sui gemelli è emersa una componente genetica del disturbo, con indici di concordanza molto maggiori fra gemelli monozigotici rispetto a quelli dizigotici (Arnold e Richter, 2007). Negli studi familiari è stata messa in evidenza un'incidenza più alta di DOC fra parenti di primo grado dei pazienti, rispetto a quella fra parenti di primo grado di individui sani (Pauls et al., 1995).

Dal punto di vista neuro-biologico, studi condotti con l'uso delle neuro-immagini hanno messo in evidenza come nel cervello di persone affette da DOC siano presenti delle alterazioni nei circuiti cortico-striato-talamo-corticali, che mostrano in particolare una iperattività dell'area orbito-frontale, dei gangli della base e del talamo, aree cerebrali coinvolte nel controllo inibitorio degli impulsi, nella regolazione emotiva e nella valutazione del rischio (Cavedini et al., 2010).

Un altro filone di studi ha messo in evidenza la presenza di fattori immunologici tra le cause che potrebbero contribuire allo sviluppo di un DOC, che sono stati ampiamente spiegati all'interno di studi su soggetti pediatrici (PANDAS), dove si è osservata l'insorgenza di DOC in seguito ad infezioni da streptococco, suggerendo un possibile meccanismo autoimmune. Questi studi, che prendono in considerazione l'infiammazione cronica e la disregolazione immunitaria, sono stati e sono ad oggi oggetto di studio anche su soggetti adulti (Fontenelle et Hasler, 2008). Inoltre, è importante considerare l'impatto di fattori psicologici e ambientali nello sviluppo del DOC, in riferimento alla presenza di eventi stressanti, traumi infantili, stili educativi rigidi, ipercontrollanti e critici, che

contribuiscono ad attivare predisposizioni latenti, plasmando e influenzando l'espressione genica (Rector et al., 2009 & Taylor et Lang, 2011). Il DOC si configura come il risultato di un'alterazione dinamica tra fattori di vulnerabilità biologica ed esperienze di vita, che trova un'espressione clinica diversa a seconda del profilo individuale e che è fondamentale comprendere al fine di personalizzare l'intervento terapeutico.

Diagnosi del Disturbo ossessivo compulsivo e diagnosi differenziale

La diagnosi del Disturbo Ossessivo-compulsivo si basa sui criteri presenti nel DSM-5 (APA, 2013), che identificano la presenza di ossessioni, compulsioni o entrambe, in grado di causare una compromissione significativa del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti della vita del soggetto. Per effettuare una diagnosi che risulti più accurata è fondamentale valutare anche una serie di aspetti: il livello di insight critico del paziente (che può essere da buono ad assente), la frequenza e la durata dei sintomi presentati (spesso più di un'ora al giorno), il grado di interferenza con la vita quotidiana e la funzione delle compulsioni (neutralizzazione, prevenzione o rassicurazione). Tuttavia, il DOC spesso può essere confuso con altri disturbi, in particolare quando i sintomi si presentano in modo più sfumato o quando il paziente non è in grado di descriverli. Per tale motivo è importante effettuare una diagnosi differenziale, che richiede un processo clinico dettagliato e accurato e una buona sensibilità interpretativa.

Una prima distinzione va fatta rispetto al Disturbo d'Ansia Generalizzato (GAD), in cui le preoccupazioni sono pervasive e realistiche, legate a eventi futuri e giustificate da eventi concreti, a differenza del DOC, in cui i pensieri sono intrusivi e spesso vissuti come assurdi e/o moralmente inaccettabili (Sassaroli, Lorenzini e Ruggiero, 2006). Un'altra distinzione riguarda poi il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (DOC-P), che è accomunato e condivide con il DOC la tendenza al perfezionismo e la rigidità del pensiero, ma si differenzia da quest'ultimo per la natura ego-sintonica dei sintomi. Il paziente che soffre di DOC-P non vive i pensieri come disturbanti ma come aspetti caratteristici della propria identità. Nel DOC invece i pensieri ossessivi vengono vissuti dal paziente in modo ego-distonico e generano un tormento dovuto al conflitto tra ciò che pensa e ciò che sente di essere (Mancini, 2005). Anche nei disturbi psicotici è possibile osservare la presenza di pensieri bizzarri o comportamenti ritualistici, tuttavia la differenza di questi disturbi rispetto al DOC sta principalmente nel fatto che il paziente affetto da DOC è in grado di riconoscere l'irrazionalità dei suoi pensieri, pur avendo difficoltà a liberarsene; il paziente che soffre di disturbo psicotico presenta i deliri, in cui i contenuti del pensiero sono vissuti come reali e indiscutibili. Un'altra importante differenziazione va posta rispetto ai disturbi dello spettro autistico, dove i comportamenti ripetitivi e ritualistici assumono una funzione regolativa e sensoriale e non sono guidati da pensieri ossessivi né dal timore di colpa. Nel DOC invece il comportamento ritualistico è emesso in risposta ad un pensiero minaccioso.

Le distinzioni tra questi disturbi, in alcuni casi, risultano molto sfumate e difficili da rintracciare, per questo la diagnosi differenziale richiede una certa attenzione alla funzione del sintomo, alle caratteristiche qualitative del pensiero, ai vissuti emotivi e alla relazione che il paziente crea con la propria mente.

Il DOC nel Modello Cognitivista

I modelli cognitivi sostengono che gli individui affetti da Disturbo Ossessivo Compulsivo, abbiano credenze errate o disfunzionali relative al significato attribuito ai contenuti mentali che avrebbero un ruolo fondamentale nel trasformare i normali pensieri in ossessioni e compulsioni. Francesco Mancini, tra i principali esponenti della scuola cognitivista italiana, propone una lettura del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) che si discosta dal modello classico della terapia cognitivo-comportamentale standard e si focalizza sulla minaccia morale e sulla vulnerabilità alla colpa.

Il modello cognitivo-comportamentale tradizionale fa una lettura del DOC come un disturbo sostenuto da pensieri intrusivi valutati come minacciosi, credenze disfunzionali legate ad una sovrastima del pericolo, un'intolleranza all'incertezza e comportamenti compulsivi finalizzati alla neutralizzazione delle ossessioni. Alla luce di questa concettualizzazione del disturbo in chiave CBT standard quindi l'obiettivo del trattamento si basa sulla ristrutturazione cognitiva, finalizzata a modificare le credenze disfunzionali e sull'esposizione con prevenzione della risposta (ERP), per consentire al paziente di fare esperienza degli stimoli temuti senza ricorrere ai comportamenti compulsivi.

All'interno del modello cognitivo, secondo Mancini (2019), ciò che determina psicologicamente i sintomi ossessivi del DOC è la presenza dello scopo di prevenire una colpa deontologica, legata cioè alla trasgressione di norme morali e il fallimento di questo scopo viene percepito dal soggetto come una catastrofe inaccettabile e insopportabile. Il paziente non teme quindi che accada qualcosa di negativo, ma di essere o diventare una "cattiva persona". In questo modello teorico la colpa rappresenta l'emozione centrale del DOC. Il paziente ossessivo ha degli standard morali elevati e rigidi e vive i pensieri ossessivi come segnali di possibili minacce e come la prova di essere una persona potenzialmente immorale e indegna. Il senso di colpa non è solo un'emozione sgradevole da sentire ma rappresenta una vera e propria minaccia al senso di sé. Sulla base dei risultati che emergono dalla pratica clinica è stato possibile rintracciare nelle valutazioni ossessive dei pazienti, alcuni scopi centrali:

- Lo scopo di prevenire o di neutralizzare una colpa, che si esplica attraverso i sintomi di controllo (es: ricontrollare ripetutamente e in modo ritualistico il rubinetto del gas al fine di prevenire il timore ossessivo che si possa verificare un'esplosione di gas per la propria colpa) (Mancini, 2016 & Shapiro e Stewart, 2011);
- Lo scopo di prevenire o neutralizzare una contaminazione disgustosa, anche se questo non implica danni alla propria o altrui salute (Bhikram et al., 2017);
- Lo scopo di prevenire la *not just right experience*, una sensazione che spesso accomuna i pazienti ossessivi, che la mal tollerano poichè legata a due significati legati al dominio della colpa: un significato magico-superstizioso e la sensazione di non essere a posto in termini morali (Mancini, Gangemi, Perdighe et al., 2008);
- Lo scopo paradossale di ridurre i costi del disturbo stesso. Tale scopo è quello che induce il paziente a sentirsi responsabile delle conseguenze che la propria attività ossessiva ha sulla sua vita e su quella dei suoi familiari e per queste ragioni cerca di contrastarla, ricorrendo proprio all'attività ossessiva.

Inoltre, il paziente ossessivo presenta la tendenza a confondere il pensiero con l'azione (fusione pensiero-azione morale) e ciò lo induce a credere che pensare a qualcosa equivalga a volerlo, a farlo o a sentirsi responsabile di esso.

La presenza di questa distorsione cognitiva genera un senso di iper-responsabilità, che si estende anche a eventi e situazioni improbabili o fuori dal proprio controllo. (Mancini, 2019). Nella prospettiva cognitivista, il DOC è un disturbo che nasce dalla presenza di credenze morali rigide e orientate al perfezionismo del tipo “una persona buona non pensa a cose cattive” oppure “devo essere sicuro al 100% di non fare del male” e tali credenze generano ansia e attivano rituali finalizzati al controllo, alla verifica, alla neutralizzazione della minaccia percepita o all’evitamento. Alla luce di ciò il comportamento compulsivo assume la funzione strumentale di abbassare l’intensità dell’ansia e proteggere l’identità morale. A partire da questa lettura del DOC, in una prospettiva cognitivista, il trattamento è orientato a: riconoscere la natura involontaria e intrusiva dei pensieri ossessivi; ridurre la fusione tra pensiero e identità/realtà; esplorare e comprendere le credenze morali e la natura rigida di queste ultime; tollerare l’incertezza e il rischio percepito di colpa; sviluppare una relazione più compassionevole con il proprio sé. La terapia cognitiva orienta il trattamento non solo alla ristrutturazione cognitiva del pensiero ma include un lavoro profondo sull’identità, la moralità e la relazione con il senso di colpa. Il trattamento psicoterapeutico, all’interno del modello cognitivo, è scandito da diverse fasi: l’iniziale valutazione del problema presentato (*assessment*), una fase di psico-educazione sul DOC e condivisione del modello di funzionamento del DOC del paziente, la ristrutturazione cognitiva, l’esposizione con prevenzione della risposta (ERP), il lavoro sulla riduzione del senso di colpa e del disgusto (intervento sulla vulnerabilità attuale) e l’intervento sulle memorie prototipiche presenti nella storia di vita del paziente, legati a episodi che possono aver sensibilizzato al timore di colpa (vulnerabilità storica). Una parte viene parallelamente dedicata ad un lavoro condiviso con i familiari del paziente con DOC, che hanno un ruolo importante nel mantenimento del disturbo e una parte finale è centrata sulla prevenzione delle ricadute ed eventuale programmazione di sedute *follow-up* (Mancini, 2019).

L’Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Le terapie di terza generazione

La terapia cognitivo comportamentale (CBT) ha rappresentato un punto di svolta nel trattamento del disturbo ossessivo compulsivo (DOC), che fino agli anni ‘60 era considerato un disturbo estremamente difficile da affrontare in modo efficace (Foa et al, 2012). I primi risultati significativi nel trattamento del DOC si devono a Meyer (1966), che introdusse la ERP, esposizione con prevenzione della risposta, un intervento di matrice comportamentale capace di ridurre drasticamente l’intensità dei rituali compulsivi. Il protocollo prevede l’esposizione graduale del paziente agli stimoli che elicitano ansia e la dilazione nel tempo dell’esecuzione dei rituali, favorendo così l’abituazione e la riduzione della risposta compulsiva.

Con Beck ed Ellis si apre una seconda fase di evoluzione della CBT, che integra tecniche cognitive e comportamentali per la modifica della psicopatologia. Rispetto alla terapia comportamentale, questa offre maggior enfasi alla dimensione consapevole delle rappresentazioni mentali del paziente che accompagnano i comportamenti disfunzionali e patologici (La Mela, 2014). La persona è un essere pensante capace di organizzare i propri comportamenti e modificarli in base ai contesti e alle situazioni (Bandura, 1969). Lo studio dei pensieri irrazionali (Ellis, 1977) e degli schemi patogeni (Beck, 1993) hanno aperto ad una maggiore conoscenza degli errori cognitivi, di come questi ultimi siano caratteristici e presenti in determinate tipologie di pazienti e come, per ognuno di queste,

ci siano delle tecniche specifiche finalizzate a modificare i pensieri automatici negativi e gli schemi disfunzionali di riferimento. È dall'integrazione tra le prime due generazioni di Terapia Comportamentale che nasce la Terapia Cognitivo-Comportamentale, che si caratterizza non solo per l'uso di interventi volti a modificare i comportamenti, ma anche per l'uso di tecniche d'intervento mirate alla modifica delle convinzioni, atteggiamenti, stili cognitivi e aspettative del soggetto (Galeazzi & Meazzini, 2004). A questa seconda ondata segue una terza generazione di CBT, che pone il focus non più sui contenuti mentali come la seconda, ma sugli aspetti processuali dell'elaborazione dell'informazione, ovvero si focalizza sulle modalità patologiche di funzionamento della mente. La terza ondata include diverse terapie, tra cui: la Psicoterapia Analitico Funzionale -FAP- (Kohlenberg e Tsai, 1991); la Terapia Dialettico Comportamentale -DBT- (Linehan, 1993); la Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno -ACT- (Hayes et al., 1999); la Terapia di Coppia Comportamentale Integrativa -IBCT- (Jacobson, et al., 2000); la Terapia Metacognitiva (Wells, 2009); la Riduzione dello Stress Basata sulla Mindfulness -MBSR- (Kabat-Zinn, 2003); la Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness -MBCT- (Seagal et al., 2012); il Sistema di Analisi Cognitivo Comportamentale della Psicologia -CBASP- (McCullough, 2003) e la *Schema Therapy* -ST- (Martin & Young, 2010).

Sebbene l'etichetta "terza generazione" non venga condivisa da tutti, ciò che si nota è come questi nuovi approcci terapeutici abbiano apportato alla Terapia Cognitivo-Comportamentale dei cambiamenti innovativi sia all'interno della pratica clinica che dal punto di vista teorico. Inoltre, il cambiamento, all'interno di questa nuova ondata di nuovi approcci terapeutici, è inteso in termini di modifica della funzione e della relazione che gli individui hanno verso gli eventi psicologici, mediante l'uso di diverse tecniche.

Solo da qualche anno alcuni di questi modelli sono stati sperimentati nel trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) e tra questi la Terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT), che sfrutta un repertorio di tecniche fruibili ed efficaci per giungere ad un cambiamento, non più considerato in termini di modifica dei pensieri e dei loro contenuti, ma orientato all'accettazione e alla defusione cognitiva. (Giussani, 2021) L'interesse e il focus principale dell'ACT, quando viene utilizzata come trattamento terapeutico nel DOC, non è quello di ristrutturare i *bias* cognitivi o ridurre la frequenza e/o la gravità delle ossessioni e delle compulsioni, ma piuttosto essa si concentra nell'aiutare i pazienti a cambiare il loro rapporto con i pensieri ossessivi in modo da non lottare contro questi e sforzarsi di vivere una vita produttiva e piena, continuando a sperimentare le ossessioni, che vengono riformulate semplicemente come "pensieri che vanno e vengono" e costituiscono esperienze di vita.

Origini e principi base dell'ACT

La terapia dell'Accettazione e dell'Impegno (ACT) nasce alla fine degli anni '80 grazie a Steven Hayes, psicologo e professore di psicologia dell'Università del Nevada, noto per essere stato il padre fondatore di questo nuovo approccio terapeutico trans-diagnostico.

L'ACT è una forma di terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nata dall'analisi del comportamento, del linguaggio e della cognizione. È un trattamento che fonda le proprie radici nel Contestualismo Funzionale e nella *Relational Frame Theory* (RFT), una teoria del linguaggio e della cognizione secondo la quale le persone attribuiscono al pensiero un significato letterale che ha un impatto diretto su emozioni e comportamenti. Secondo la

RFT, inoltre, gli esseri umani vivono i propri problemi come qualcosa di indesiderato e, come soluzione, optano per l'evasione dall'esperienza del dolore attraverso la fuga, l'evitamento e la soppressione dei contenuti dolorosi. Queste strategie di coping sono determinate dalla mancanza di flessibilità psicologica, che risulta essere il problema focale per l'ACT e che blocca la persona all'interno di esse (Hayes, Barnes-Holmes e Roche, 2001).

Il Contestualismo Funzionale fornisce l'impianto teorico su cui si basa la pratica dell'ACT ed enfatizza il ruolo del contesto nel comportamento, poiché qualsiasi sforzo volto a influenzare il comportamento si baserebbe su un cambiamento di contesto. L'enfasi sul successo nel raggiungimento di obiettivi prestabiliti e sulla comprensione dei contesti che governano il comportamento non solo è centrale nella teoria che supporta l'ACT, ma caratterizza in modo diretto e trasversale l'approccio terapeutico (Giussani, 2021). Uno dei principali obiettivi dell'ACT è il modo in cui la cognizione può alterare i processi comportamentali in modi che portano a modelli di comportamento disadattivi o adattivi. L'inflessibilità psicologica si riferisce a comportamenti che sono rigidamente governati dalle proprie esperienze interne (ad esempio, emozioni come l'ansia, pensieri e sensazioni) piuttosto che dalle contingenze dirette (ciò che è efficace nell'adattamento) o valori personali (ciò che è significativo per l'individuo). Una componente chiave dell'inflessibilità psicologica è la fusione cognitiva, quando le funzioni letterali dei pensieri sono dominanti, in modo tale che si reagisca ai pensieri "come se" fossero veri ed essenziali per agire (ad esempio, "Se faccio x, sarò troppo ansioso, quindi resto a casa"). Questo può ulteriormente favorire l'evitamento esperienziale come altra componente chiave dell'inflessibilità psicologica, in cui ci si concentra eccessivamente sull'evitamento o sull'alterazione delle esperienze interne (ad esempio, sensazioni, pensieri intrusivi), anche se ciò ha conseguenze dannose.

L'ACT ha dunque l'obiettivo di ridurre l'inflessibilità psicologica attraverso processi di flessibilità psicologica mirati, promuovendo l'accettazione dei pensieri e dei sentimenti indesiderati e incoraggiando la persona a mettere maggiore impegno in attività di vita significative, anche quando si verificano pensieri ed emozioni negative o altre difficoltà, al fine di raggiungere una vita di qualità, realizzabile coltivando la flessibilità psicologica (Manjula e Sudhir, 2019).

Processi centrali e tecniche del modello ACT

All'interno del modello dell'ACT figurano sei processi nucleari e interconnessi, atti a promuovere la flessibilità psicologica, che vengono illustrati all'interno della modello grafico esagonale dell'*Hexaflex*. Ciascuna di queste aree è concettualizzata come un'abilità psicologica positiva (Hayes et al., 2006). Questi processi centrali sono: accettazione, defusione cognitiva, essere in contatto con il momento presente, il sé come contesto, valori e azione impegnata.

L'accettazione viene insegnata come alternativa all'evitamento esperienziale, che mantiene il processo patologico e si manifesta attraverso tentativi di soppressione o evitamento delle emozioni, dei pensieri e delle sensazioni spiacevoli che derivano da essi. Praticare l'accettazione consente ai pensieri e ai sentimenti di essere come sono, piacevoli o dolorosi, senza mettere in atto inutili tentativi di cambiarne frequenza e forma (Hayes et al., 2006). In tal senso, dal punto di vista terapeutico, è molto utile praticare un esercizio mindfulness, chiamato Body Scan, che

agevola il processo di accettazione attraverso la messa in pratica di otto tecniche differenti poste in consecuzione, che il terapeuta indica al paziente (Harris, 2011).

La defusione cognitiva è un'abilità che consente di prendere le distanze dal contenuto letterale dei pensieri (fusione cognitiva), lasciarli andare e osservarli venire senza rimanerne intrappolati (Harris, 2011). Si basa sul distanziamento dal significato letterale delle parole e sulla focalizzazione sul processo del pensare. A questo scopo, una tecnica di defusione semplice e breve è quella del fare ripetere alla persona il pensiero indesiderato preceduto dalla frase: *“La mia mente sta avendo il pensiero che...”* (Healy et al., 2008, p.625). Questo esercizio aiuta il paziente a comprendere che il pensiero è una regola auto-generata e che l'affermazione successiva è soltanto un pensiero e non un fatto reale (Healy et al., 2008). Frequentemente l'ACT utilizza molte metafore per allenare i sei processi; una molto famosa che viene utilizzata per la defusione è quella dell'autista dell'autobus: il terapeuta chiede al paziente di immaginare di essere un autista di autobus, i passeggeri che salgono e scendono sono i suoi pensieri, ricordi, emozioni e sensazioni. Alcuni di essi, vestiti da teppisti dall'aspetto losco, gli intimano, minacciandolo, di cambiare tragitto. Non hanno intenzione di scendere e, dopo contrattazioni, il compromesso è di portarli dove essi vogliono. Dopo qualche tempo, l'autista sa già il percorso prima delle loro grida e successivamente si convince che quella è la direzione che in effetti voleva prendere. Il potere dei malviventi è basato su una minaccia, ma nulla di reale si è verificato, il potere che hanno è quello che egli ha attribuito a loro, credendo nel valore di quanto essi affermano. Nel tentativo di tenere sotto controllo la situazione, l'autista continua a guidare un autobus che non è più sotto il suo controllo. Questa metafora rende il paziente più consapevole rispetto agli obiettivi personali da cui si sta allontanando a causa dei significati linguistici e letterali che attribuisce alle situazioni e permette di liberarsi dalla fusione cognitiva con essi (Giussani, 2021).

Essere presenti è un processo attraverso il quale s'incrementa la capacità di stare in contatto con il momento presente, nel qui ed ora anziché essere immerso e intrappolato in meccanismi di pensiero che sono orientati al passato (ruminazione) o verso il futuro (rimuginio). Quest'abilità consente di sviluppare un atteggiamento non giudicante e flessibile nei confronti degli eventi psicologici e ambientali per come essi si presentano. Alla luce di ciò il linguaggio diviene quindi uno strumento per descrivere gli eventi piuttosto che per prevederli e giudicarli (Hayes et al., 2006). Il modello ACT si serve di diversi esercizi di *Mindfulness* per incrementare questo processo, come la consapevolezza del respiro e l'esercizio dell'uvetta.

Il Sé come contesto rappresenta un punto di vista dal cui la persona può osservare pensieri e sentimenti e allo stesso tempo si configura come uno spazio in cui questi ultimi si possono muovere. Si tratta di essere consapevoli della propria consapevolezza “notando di notare”, un locus dal quale guardare ciò che accade senza esserne coinvolto e in quest'ottica si rafforza l'identità osservante e la flessibilità, separata dai contenuti mentali, si indebolisce la rigidità nell'immagine di sé (Sé concettualizzato), che limita la possibilità di cambiamento e si favorisce la defusione e l'accettazione.

Uno strumento utile per spiegare questo concetto è la metafora della scacchiera, in cui il terapeuta domanda al paziente di immaginare di essere una scacchiera sulla quale gli scacchi bianchi sono pensieri e sentimenti positivi, quelli neri i negativi. Le persone passano il tempo a far avanzare le pedine bianche e annientare le nere, ma vi sono un numero infinito di pezzi bianchi e neri e la battaglia non può essere vinta. Quindi si possono sprecare tempo ed

energie in tentativi vani oppure imparare a fare come la scacchiera che è in contatto intimo con i pezzi e lascia loro spazio per muoversi ma li osserva senza essere coinvolto nella battaglia (Harris, 2011).

All'interno della teoria su cui si fonda il modello ACT, il contatto e l'individuazione dei valori è importante per vivere una vita piena e significativa, aiuta a comprendere per cosa la persona si vuole impegnare e quale comportamento vuole adottare in modo continuativo per raggiungere un obiettivo. L'ACT utilizza diversi esercizi per aiutare il paziente a chiarire e scegliere i suoi valori personali; viene utilizzata la *mindfulness* che consente al paziente di trovare concentrazione e contatto profondo con sé stesso così da connettersi intimamente ai propri desideri profondi (Harris, 2011).

L'azione impegnata si antepone all'inazione e al disimpegno e incoraggia lo sviluppo di schemi sempre più ampi di azioni efficaci, guidate e motivate dai valori. Si tratta di schemi chiari con obiettivi concreti e raggiungibili, ma flessibili e adattati alle situazioni. Dal punto di vista terapeutico, per giungere all'azione impegnata, ci sono quattro passi importanti: la scelta di un'area di vita con priorità di cambiamento; determinare i valori perseguibili in quest'area; sviluppare gli obiettivi guidati dai valori; passare all'azione con consapevolezza. Vengono inoltre utilizzati interventi comportamentali *standard* per fronteggiare le crisi, come il *problem solving* e le tecniche assertive, che diventano parte integrante dell'ACT e rappresentano strumenti fondamentali a servizio di una vita consapevole fondata sui valori.

Per tutti questi sei processi centrali vi sono molte tecniche, alcune delle quali richiedono pochi secondi, altre 15-20 minuti. È inoltre molto importante considerare che l'ACT è un processo e non una tecnica, motivo per cui gli strumenti e gli esercizi sono considerati come mezzi attraverso i quali apprendere il processo (Harris, 2011). Come descritto in precedenza, l'ACT sfrutta diverse tipologie di tecniche e strategie, che è possibile distinguere in:

- Interventi esperienziali, caratterizzati da una serie di esercizi che si pongono l'obiettivo di favorire ed incrementare la posizione di osservatore, che vuol dire entrare in contatto con l'esperienza emotiva e notare ciò che accade, osservandone lo svolgimento, senza farsi spaventare da ciò che sta accadendo.
- Uso di un linguaggio metaforico e figurato, finalizzato ad ampliare la visione attraverso cui vedere e attribuire significato alle esperienze, suscitando un effetto specifico sul comportamento. Le metafore sono usate proprio per avocare nuove risposte di fronte a situazioni che innescano emozioni disturbanti, stabilendo nuovi nessi e relazioni tra stati mentali.
- *Mindfulness*, utilizzata per favorire il contatto con il momento presente, assumendo un atteggiamento non giudicante e un distanziamento dal contenuto letterale dei pensieri, favorendo così una visione di sé più flessibile.
- Esposizione in vivo, guidata dai valori personali dell'individuo, con lo scopo di far fare al paziente esperienza di una vita piena e significativa, ampliando il repertorio di comportamenti da cui poter attingere.

Uno strumento importante è inoltre rappresentato dalla relazione terapeutica, che si configura come mezzo attraverso cui la persona impara ad accettare e a restare in contatto con le emozioni e gli stati emotivi e a gestirli in modo funzionale, guidato e orientato verso il raggiungimento dei propri valori personali di vita. Proprio a partire da questa relazione vengono create le fondamenta su cui via via si modellano e si plasmano nuovi comportamenti dinanzi alle esperienze emotive, che in passato generavano sofferenza e comportamenti disfunzionali (Ibidem).

L'efficacia dell'ACT nel trattamento di condizioni psicopatologiche

L'ACT sta guadagnando sempre più riconoscimento a livello internazionale come metodo terapeutico efficace. Questo approccio propone un metodo alternativo, che rispetta la complessità individuale, contribuendo a ridurre gli effetti stigmatizzanti spesso associati ai trattamenti per i disturbi mentali. Ad oggi una mole considerevole di studi ne confermano l'efficacia nel trattamento della depressione, dei disturbi d'ansia, fobie specifiche e altri disturbi psicologici. Inoltre, tale approccio terapeutico si è rivelato particolarmente utile nel fornire alle persone la capacità di gestire in modo più consapevole e funzionale condizioni che risultano difficili da affrontare con le tecniche tradizionali, favorendo in tal senso un migliore adattamento anche sul piano psicosociale.

Un recente studio condotto da Gloster et al. (2020) si è posto l'obiettivo di aggregare e valutare prove meta-analitiche sull'efficacia dell'ACT e i risultati emersi mostrano che l'ACT risulta essere efficace in modo uniforme per tutte le condizioni esaminate, con *effect size* che variano da piccoli a medi:

- Depressione: basandosi su 15 *effect size* da 9 metanalisi, l'ACT si è dimostrata efficace, con la maggior parte degli studi che riportano *effect size* significativi (range $g = 0.24-0.76$) a favore dell'ACT rispetto a controlli attivi e inattivi. La media complessiva dell'*effect size* era piccola ($g = 0.33$).
- Ansia: da 11 *effect size* provenienti da 7 metanalisi, l'ACT ha mostrato *effect size* da piccoli a medi ($g = 0.18-0.57$) a suo favore. La media complessiva dell'*effect size* era piccola ($g = 0.24$).
- Uso di Sostanze: tre metanalisi hanno riportato piccoli *effect size* ($g = 0.40-0.45$) che favorivano significativamente l'ACT rispetto ad altri interventi attivi. La media complessiva era di $g = 0.41$.
- Dolore Cronico: due metanalisi hanno mostrato risultati variabili. Una ha riportato un ampio *effect size* significativo a favore dell'ACT ($g = 0.83$), mentre l'altra non ha trovato effetti significativi. La media complessiva dell'*effect size* era piccola ($g = 0.44$).
- Gruppi Trans-diagnostici: le cinque metanalisi che hanno esaminato l'ACT in un contesto trans-diagnostico hanno tutte riportato *effect size* da piccoli a grandi ($g = 0.17-0.96$) a favore dell'ACT. La media complessiva era di $g = 0.46$.
- Altre Condizioni: singole metanalisi hanno riscontrato *effect size* da piccoli a medi ($g = 0.29-0.64$) per disturbi alimentari, stress, disturbi somatici e condizioni fisiche.
- L'entità dell'efficacia dell'ACT varia come previsto a seconda della natura del gruppo di controllo utilizzato negli studi. Confronti con controlli più passivi producono *effect size* maggiori, mentre quelli con terapie attive consolidate, come la CBT, mostrano *effect size* più piccoli.

Tabella 1. Confronto degli studi comparativi dell'ACT con diversi gruppi di controllo e interventi, con valori medi di *effect size* (Hedge's *g*) e numero di confronti significativi.

Gruppo di Confronto	N. di Effect Size	Intervallo ES (g di Hedges)	ES Medio Complessivo (g)	Risultato Generale
Lista d'Attesa (WL)	11	0.35 – 0.82	0.57 (Medio)	ACT significativamente superiore in tutti i confronti.
Placebo	3	0.51 – 0.59	0.54 (Medio)	ACT superiore, con 2 su 3 confronti statisticamente significativi.
Trattamento Standard (TAU)	13	-0.15 – 0.79	0.46 (Piccolo)	ACT superiore in 12 su 13 confronti, di cui 8 significativi.
Interventi Attivi (non-CBT)	22	-0.04 – 2.52	0.57 (Medio)	ACT superiore in 21 su 22 confronti, di cui 14 significativi.
Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT)	12	0.00 – 0.40	0.16 (Trascurabile)	ACT generalmente non statisticamente diversa dalla CBT.
Controlli Combinati	39	-0.26 – 0.83	0.33 (Piccolo)	ACT superiore in 38 su 39 confronti, di cui 27 significativi.

Questa revisione completa delle metanalisi fornisce prove solide che l'ACT è un trattamento efficace e basato sull'evidenza per un'ampia gamma di problemi di salute mentale e fisica (depressione, disturbi d'ansia, disturbo da abuso di sostanze, dolore cronico e altre condizioni). L'efficacia è dimostrata non solo nella riduzione dei sintomi, ma anche nel miglioramento del funzionamento e del benessere, in linea con il suo modello teorico trans-diagnostico. Tuttavia, questo studio presenta dei limiti, che riguardano principalmente alcuni aspetti, quali:

- *"Double-Dipping"*: relativo al fatto che molti degli studi primari sono stati inclusi in più di una metanalisi. Ad esempio, uno studio (Lundgren et al., 2006) è stato utilizzato dieci volte. Questa sovrapposizione potrebbe aver distorto i risultati aggregati, sebbene la direzione di tale distorsione (sovrastima o sottostima) non sia chiara.
- La qualità delle metanalisi: la valutazione AMSTAR-2 ha rivelato una qualità metodologica variabile tra le 20 metanalisi incluse. Molti studi non riportavano dettagli sugli studi esclusi o sulle fonti di finanziamento.
- L'eterogeneità dei gruppi: le definizioni operative dei gruppi, come "trans-diagnostico" o "trattamento standard (TAU)", variavano notevolmente tra le metanalisi, rendendo i confronti diretti più complessi.
- La presenza di *bias* di pubblicazione: sebbene molte metanalisi abbiano indagato il *bias* di pubblicazione, questo rimane un potenziale limite intrinseco a questo tipo di ricerca.

Alla luce di tali risultati e delle limitazioni di questi studi, gli autori raccomandano di seguire alcune direzioni per la ricerca futura: indagare i processi di cambiamento, in quanto è necessario un maggiore focus sulla comprensione dei meccanismi di cambiamento (ad es. la flessibilità psicologica) piuttosto che condurre ulteriori studi di superiorità comparativa; testare il modello trans-diagnostico, poiché sarebbero necessari studi che testino esplicitamente l'ACT su più diagnosi simultaneamente, invece di combinare studi su singole diagnosi a livello di metanalisi; migliorare la qualità metodologica. Le future metanalisi dovrebbero aderire a standard di reporting più rigorosi per aumentare la trasparenza e la replicabilità. Infine, includere *outcomes* legati al funzionamento e al benessere, che sono centrali per il modello ACT (Gloster et al., 2020).

Uno studio più recente, condotto da Levin e altri colleghi (2024) ha confermato, tramite analisi e comparazioni tra diversi studi RCT, l'efficacia dell'ACT in alcune condizioni psicopatologiche. Nello specifico, per ciò che attiene la depressione: una metanalisi di 55 RCT ha rilevato che l'ACT è superiore ai controlli inattivi e ai controlli attivi più deboli (come il trattamento usuale, TAU). La stessa metanalisi ha riscontrato un vantaggio della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) sull'ACT al post-trattamento ($d = -0.52$), ma questa differenza non era presente al *follow-up* ($d = -0.14$). Altre revisioni hanno generalmente trovato un'efficacia comparabile tra ACT e CBT. Una metanalisi di 40 RCT sull'ACT di gruppo ha trovato effetti significativi a favore dell'ACT rispetto a controlli inattivi ($g = .55$) e attivi ($g = .30$). Sebbene la letteratura sull'ACT sia meno vasta di quella sulle CBT basate sull'esposizione, esistono studi a supporto per ogni principale disturbo d'ansia. Una revisione ombrello ha rilevato che l'ACT è superiore alle condizioni di controllo passive e attive, ad eccezione delle CBT, con cui non sono state trovate differenze significative.

Un'altra metanalisi di 12 RCT su partecipanti con disturbi d'ansia ha trovato effetti significativi a favore dell'ACT rispetto al TAU ($SMD = .98 - .99$), ma nessuna differenza rispetto ad altre CBT. Mentre una metanalisi di 34 RCT sull'ACT di gruppo ha riscontrato un effetto medio a favore dell'ACT rispetto ai controlli inattivi ($g = .70$), ma un piccolo effetto non significativo rispetto ai controlli attivi ($g = .17$).

Questa panoramica evidenzia l'ampia portata della ricerca sull'ACT. Tuttavia, vanno considerate anche in questo caso alcune limitazioni. In primo luogo, è necessaria molta più ricerca sulle popolazioni non-WEIRD (*Western-Educated-Industrialized-Rich-Democratic*) e sulle persone con identità minoritarie.

Molte metanalisi hanno sollevato preoccupazioni sulla qualità metodologica di alcuni RCT inclusi (es. campioni piccoli, mancanza di mascheramento, problemi di randomizzazione). Inoltre, esiste una discrepanza tra il modello teorico, che mira ad aumentare il "vivere secondo i propri valori" e la ricerca, che raramente utilizza questo come esito primario; in più la ricerca sui processi si è basata pesantemente su un'unica misura *self-report* con limiti psicometrici. I

nfine, la valutazione dell'efficacia basata su categorie diagnostiche e medie di gruppo non coglie le informazioni chiave necessarie per le decisioni cliniche individuali. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi maggiormente su chi trae beneficio dal trattamento, come e perché, piuttosto che su confronti generali ("*horse race*") tra terapie.

Implicazioni cliniche

Dal punto di vista clinico, sulla scia delle evidenze scientifiche, sarebbe utile porre il focus su alcuni aspetti centrali, che riguardano la possibilità di concettualizzare le problematiche presentate dai pazienti in termini di come la flessibilità psicologica potrebbe produrre cambiamenti significativi. Un altro punto fondamentale è legato agli studi RCT, che si concentrano spesso sui cambiamenti dei sintomi, non considerando che l'obiettivo dell'ACT è aumentare il vivere secondo i propri valori (cioè, impegnarsi in ciò che conta per i pazienti, anche quando sorgono esperienze interne difficili).

Sebbene l'ACT si sia dimostrata efficace per un'ampia gamma di problemi di salute mentale, non ci sono prove chiare di una sua superiorità nella maggior parte delle aree rispetto ad altre terapie cognitivo-comportamentali consolidate. Pertanto, è fondamentale considerare i principi della pratica clinica basata sull'evidenza nel decidere quale trattamento sia più adatto ad un paziente e in tal senso il monitoraggio degli esiti è sempre importante per valutare se il trattamento sta funzionando (Levin et al, 2024).

Applicazione dell'ACT nel trattamento del Disturbo Ossessivo Compulsivo e la sua efficacia

Adattamento dell'ACT al trattamento del DOC

Oggi un grande numero di studi clinici ha indirizzato il proprio interesse sull'applicazione del modello terapeutico e delle tecniche ACT nel trattamento del DOC, indagandone e approfondendone l'efficacia. Il protocollo ACT specifico per il trattamento del DOC si articola in otto sessioni e all'interno di ognuna di esse vengono sfruttate e utilizzate diverse tecniche per insegnare al paziente a muoversi attraverso i sei processi, al fine di raggiungere gli obiettivi desiderati alla luce dei valori scelti. In particolare, le sessioni per il trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC) si pongono alcune finalità ben precise: esaminare l'utilità e i successi, a breve e a lungo termine, dei tentativi di allontanare le ossessioni.

Inoltre, questo approccio terapeutico sfrutta esercizi e si serve di un linguaggio metaforico al fine di illustrare l'inutilità di resistere, combattere o cercare di controllare le esperienze interne indesiderate; discutere l'impossibilità del controllo delle ossessioni; accettare le ossessioni e l'ansia associata come parte della malattia; allenarsi alla percezione delle esperienze interiori solo come pensieri, sentimenti e sensazioni corporee, così da ridurre l'identificazione con queste esperienze; allenarsi nella consapevolezza di avere esperienze interiori senza tentare di regolarle; identificare, chiarire ed elencare i valori nei vari settori della vita del paziente e aumentare gli impegni comportamentali in attività basate sui valori (Manjula e Sudhir, 2019).

Twohig (2004) fu il primo ad adattare un protocollo di ACT per il trattamento di soggetti con diagnosi di disturbo Ossessivo-Compulsivo, articolandolo e suddividendolo in fasi: una fase iniziale dedicata alla psicoeducazione sull'ACT e alla normalizzazione del pensiero ossessivo; una fase in cui viene introdotto il concetto e le tecniche di defusione e di accettazione delle ossessioni; la fase successiva è incentrata sull'esplorazione dei valori personali e seguita poi da una fase incentrata sulla costruzione di azioni impegnate; la fase finale è orientata alla prevenzione delle ricadute e in questa ultima fase si riprende il concetto di flessibilità psicologica, che rappresenta uno dei concetti che attraversa e connota trasversalmente tutto il trattamento. Tale protocollo può essere

integrato con interventi di esposizione con prevenzione della risposta (ERP), il cui obiettivo non è la riduzione sintomatica, bensì la riconquista di una vita piena e significativa.

Nel protocollo ACT il paziente viene invitato alla comprensione di come ciò che fa la differenza non è avere o meno dei pensieri ossessivi, ma il modo in cui egli si relaziona e si rapporta ad essi. Infatti, i tentativi di controllo e i comportamenti protettivi hanno l'effetto paradossale di aumentare la frequenza, l'intensità e la salienza delle esperienze interiori percepite negativamente. Dunque, l'obiettivo nucleare dell'ACT nel trattamento del DOC non è quello di modificare i contenuti del pensiero, ma quello di consentire al paziente l'incremento della flessibilità psicologica, in modo da poter ampliare le risposte funzionali e adattive per fronteggiare le ossessioni e le emozioni di ansia, accettandoli per ciò che sono, ovvero pensieri ed emozioni (Twohig et al., 2015). Nella maggior parte dei casi ciò si traduce in una riduzione del comportamento compulsivo, che interferisce solitamente con i propri valori (Twohig, M. P. et al., 2024).

Vignette cliniche con dialoghi

Gli esempi clinici che seguono illustrano come ciascun processo ACT possa essere declinato operativamente nel trattamento del DOC, evidenziando le strategie pratiche e le modalità di intervento che consentono di trasformare l'esperienza sintomatica in occasione di crescita e impegno verso una vita significativa.

- *Defusione cognitiva: il caso di Marta.* Una giovane donna con ossessioni da contaminazione (*“Se tocco la maniglia mi ammalerò”*), è stata guidata a riformulare il pensiero intrusivo in termini osservativi *“Sto notando il pensiero che potrei ammalarmi toccando la maniglia”*. In questo modo sperimenta la defusione cognitiva e una maggiore distanza dal contenuto ossessivo *“È come se fosse meno vero, più leggero”*.
- *Accettazione: il caso di Luca.* Un paziente con compulsioni da lavaggio *“Sento le mani sporche, devo lavarle subito”*, ha imparato a restare nella sensazione di *“sporco”* attraverso esercizi di respirazione consapevole e la metafora delle foglie sul fiume *“nota la sensazione e lascia che sia presente. Respira e immagina di essere una foglia che scorre sul fiume”*, scoprendo la possibilità di accogliere l'ansia senza ricorrere al rituale *“è difficile ...ma se respiro, l'impulso non cresce così tanto”*.
- *Contatto con il momento presente: il caso di Chiara.* Una giovane donna bloccata dai rituali di controllo delle serrature *“Non riesco a smettere di pensare che la porta sia aperta”* è stata invece accompagnata in un esercizio di grounding sensoriale *“Portiamo l'attenzione qui...dimmi cinque cose che vedi nella stanza”*, che le ha permesso di spostare l'attenzione dal rimuginio ossessivo all'esperienza immediata, favorendo il contatto con il momento presente *“vedo la finestra, il tavolo, la sedia, l'orologio e un vaso...mi sento più presente”*.
- *Sé come contesto: il caso di Andrea.* Un giovane adulto con ossessioni aggressive *“Potrei fare del male a qualcuno, significa che sono pericoloso”*, ha sperimentato il processo del sé come contesto immaginando i pensieri come nuvole che passano nel cielo *“Nota che è un pensiero, non una verità...immaginalo come una nuvola che passa nel cielo”*, comprendendo in tal modo che essi non definiscono la sua identità ma sono contenuti mentali transitori.

- *Valori e azione impegnata: il caso di Silvia.* Una donna che evitava il contatto fisico con i figli per timore di contaminazione “*Vorrei abbracciarli, ma ho paura di contaminarli*”. Guidata nell’esplorazione del valore della vicinanza affettiva “T: *Qual è il valore che conta di più per te in questo momento?* P: *La vicinanza con loro. T: allora prova ad abbracciarli, anche con l’ansia presente. È un passo verso ciò che conta*”, ha scelto di compiere una micro-azione coerente con esso, abbracciandoli nonostante l’ansia, un esempio di azione impegnata guidata dai valori “*Ho paura, ma se penso al valore, riesco a farlo*”.

Queste brevi vignette ed esempi clinici dialogici mostrano più chiaramente come i processi ACT possano essere tradotti in interventi concreti nel trattamento del DOC, dove il terapeuta guida il paziente a trasformare la relazione con i propri pensieri e impulsi, riducendo la rigidità ossessiva e favorendo una maggiore flessibilità psicologica. Dopo l’applicazione dei processi ACT, il percorso clinico procede con una fase di integrazione e consolidamento, in cui il terapeuta aiuta il paziente a riconoscere i progressi compiuti nell’uso delle tecniche rinforzando la capacità di distinguere tra il sé osservante e i contenuti mentali. L’obiettivo in questa fase è quello di favorire la generalizzazione delle competenze acquisite, così che possano essere utilizzate non solo in seduta, ma anche nei diversi contesti della vita quotidiana.

Parallelamente viene valorizzata l’azione impegnata, attraverso la quale il paziente viene incoraggiato a compiere comportamenti concreti e gradualmente coerenti con i valori individuati integrando le esposizioni come scelte consapevoli e non come obblighi. In tal modo l’esposizione diventa un atto intenzionale guidato dai valori, piuttosto che una mera tecnica di riduzione sintomatica.

Un ulteriore passo consiste nel monitoraggio sistematico dell’esperienza attraverso diari o schede di auto-osservazione, che consentono al paziente di tracciare i pensieri ossessivi, le risposte ACT e le azioni impegnate. Tale strumento favorisce consapevolezza, responsabilizzazione e diventa una risorsa utile anche per la prevenzione delle ricadute. In questa prospettiva il paziente impara a considerare eventuali ricadute sintomatiche non come dei fallimenti, ma come occasioni per riattivare le strategie di flessibilità psicologica. La fase conclusiva della terapia è orientata all’autonomia, in cui il terapeuta accompagna il paziente ad interiorizzare l’idea che l’obiettivo non sia quello di eliminare del tutto ossessioni e compulsioni, ma vivere bene con la loro presenza, riducendone l’impatto e aumentando la libertà di scelta. La continuità del lavoro viene poi favorita attraverso l’uso di pratiche mindfulness e azioni coerenti ai valori, che permettono di mantenere una direzione di vita significativa e stabile nel tempo (Smith et al., 2017).

Studi di efficacia e applicazioni cliniche

Gli interventi psicologici hanno una solida base di evidenze nel mostrare un’efficacia in termini di riduzione dei sintomi nel DOC (Norton & Price, 2007; Tolin, 2010; Abramowitz, 2006). Diversi studi controllati randomizzati (RCT) hanno documentato l’efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), che rappresenta il trattamento *gold standard* e sfrutta in particolare l’intervento di esposizione con prevenzione della risposta (ERP), utile nel ridurre il disagio associato al disturbo.

Tuttavia, negli ultimi decenni sono stati utilizzati nuovi trattamenti psicologici, generalmente classificati sotto il nome di ‘terapie comportamentali di terza onda’. La Terapia dell’Accettazione e dell’Impegno (ACT) rientra in questo

ambito e ha suscitato notevole interesse tra i professionisti della salute mentale per la gestione del DOC (Hayes, 2004). Una prima ricerca più approfondita della letteratura, disponibile come revisione narrativa, si è concentrata sull'indagine dell'uso dell'ACT, specificamente nel DOC ed è stata condotta da Twohig, Morrison & Bluett (2014). Questa revisione ha fornito un quadro sistematico e completo, in grado di assimilare le evidenze disponibili e rilevanti al fine di fornire una base empirica relativo all'uso dell'ACT nel trattamento del DOC. Sono stati esaminati anche i dati che confrontano l'ACT con i trattamenti psicologici ben consolidati come la CBT e l'ERP e i risultati sono stati presentati in ordine crescente di rigore metodologico, iniziando dai singoli casi clinici fino ad arrivare agli studi controllati randomizzati (RCT).

Studi su Casi Singoli

Vakili e altri (2014) hanno riportato in uno studio su un caso singolo di un uomo di mezza età con diagnosi di DOC, un effettivo miglioramento dopo l'applicazione di un trattamento con ACT. Nonostante questo paziente avesse già ricevuto diversi cicli di terapia farmacologica con diversi inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), i sintomi non erano diminuiti. Dopo otto sessioni di ACT, gli autori hanno riportato una sostanziale riduzione dei livelli di DOC, di depressione e ansia, come registrato mediante scale di valutazione appropriate. I sintomi del DOC sono diminuiti di oltre il 50% nel periodo di trattamento di otto settimane (come quantificato utilizzando la scala Y-BOCS). Inoltre, è stato osservato che tali miglioramenti venivano mantenuti anche ai follow-up a tre e sei mesi dalla fine della terapia (Vakili & Gharraee, 2014).

In un altro studio condotto da Lee e altri colleghi (2018) su un caso di un paziente di 35 anni con diagnosi di DOC da pensieri blasfemi, è stato evidenziato come dopo la somministrazione di venti sessioni di ACT, si registrava un significativo miglioramento in termini di riduzione dei sintomi da parte del soggetto. Sulla base dei risultati emersi anche in questo studio, gli autori hanno suggerito che una risposta tipica al trattamento ACT potrebbe essere un miglioramento in termini di riduzione dei sintomi del 50% del punteggio Y-BOCS rispetto al livello di pretrattamento iniziale e si aspettavano anche un aumento della flessibilità psicologica dopo l'intervento (da misurare con l'*Acceptance and Action Questionnaire*- AAQ-II). Sulla scia di tali studi gli autori ritengono che l'ACT possa essere una tecnica terapeutica utile e promettente e suggeriscono una maggiore adattabilità della terapia per l'uso nei pazienti con DOC (Lee, Ong, An & Twohig, 2018).

Brown e altri (2009) hanno pubblicato un case report focalizzato sull'uso dell'ACT nel trattamento del DOC in una persona con deficit intellettivo. Sebbene sia stata riportata una riduzione significativa delle ruminazioni ossessive, quest'ultima non poteva essere quantificata tramite una scala, a causa del deficit intellettivo coesistente. Sulla base di tali risultati, gli autori hanno sostenuto che, rispetto alla CBT, l'ACT può essere considerata come una tecnica di trattamento più idonea in quanto non richiede una significativa valutazione e un'analisi dei propri pensieri e delle proprie credenze centrali. Per questo è stata quindi descritta come un intervento psicologico utile nei pazienti con capacità linguistiche e di ragionamento verbale limitate (Brown & Hooper, 2009).

Nonostante tali studi abbiano mostrato un interesse e una certa efficacia clinica dell'ACT applicata nel trattamento di casi singoli con DOC, bisogna considerare che in questo tipo di studi non è stato effettuato alcun confronto con un gruppo non trattato o con un gruppo che ha ricevuto un altro trattamento. Per questo, sebbene

questo tipo di studi siano più facili da condurre, un limite evidente è che, in assenza di un confronto, risulta più difficile trarre un'inferenza causale riguardo al trattamento e al suo risultato successivo. Pertanto, gli studi su singolo caso forniscono prove poco forti a supporto dell'efficacia dell'ACT in soggetti con DOC (Joel Philip, M.D et al., 2021).

Studi su Serie di Casi

Un altro filone di studi si è focalizzato sugli esiti dell'applicazione di protocolli ACT in piccoli gruppi di soggetti che presentavano una diagnosi di DOC, al fine di evidenziarne l'efficacia clinica e i miglioramenti mantenuti a medio-lungo termine. Twohig e altri colleghi (2006) hanno testato l'efficacia dell'ACT su un gruppo di quattro adulti con Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC), reclutati in un campus universitario. Le compulsioni riportate da questi soggetti includevano controlli, accumulo e lavaggi. Ogni persona ha ricevuto otto sessioni settimanali di un'ora di ACT. Questo studio ha mostrato come i sintomi del DOC, misurati mediante l'*Obsessive-Compulsive Inventory* (OCI), subivano un miglioramento del 68% dal pretrattamento al post-trattamento, con un ulteriore miglioramento dell'81% dal pretrattamento al *follow-up*. Questo indica che L'ACT ha prodotto riduzioni clinicamente significative delle compulsioni dopo il trattamento per tutti i soggetti (anche se è bene ricordare che l'accumulo non è considerato come un DOC), con un mantenimento di tale miglioramento anche al *follow-up* a tre mesi (Twohig, Hayes & Masuda, 2006).

Un altro studio condotto da Dehlin et al. (2013) su un gruppo di cinque adulti con DOC da pensieri blasfemi, ha indagato l'efficacia di un trattamento ACT erogato in otto sessioni. L'ACT per questi pazienti con DOC è stato implementato in sessioni settimanali della durata di un'ora/un'ora e mezza. I partecipanti hanno riportato una riduzione del 74% delle compulsioni e una riduzione del 79% dei comportamenti di evitamento, che venivano mantenuti al *follow-up* di tre mesi. I cambiamenti comportamentali post-intervento sono stati valutati mediante l'auto-monitoraggio di comportamenti specifici, dopo un appropriato addestramento, che ha fornito un discreto grado di accuratezza in alcuni studi precedenti (Jackson, 1999; Korotitsch e Nelson-Gray, 1999). Gli autori di questo studio hanno concluso che questi risultati mostravano il potenziale dell'ACT come tecnica di intervento, specialmente nel DOC religioso, poiché si sono registrati esiti rilevanti nonostante il minor numero di sessioni erogate (Dehlin, Morrison & Twohig, 2013). A sostegno di tali evidenze, anche lo studio condotto da Izadi e altri (2012) su cinque pazienti con pensieri ossessivi ha esaminato l'efficacia dell'ACT come intervento terapeutico, mettendo in evidenza come tale intervento rappresenti uno strumento utile e promettente per lo specialista che opera nell'ambito della salute mentale. L'ACT è stata somministrata in dieci sessioni settimanali della durata di un'ora ciascuna. Tutti i partecipanti, al termine di tale intervento, hanno mostrato una riduzione clinicamente significativa della gravità dei sintomi del DOC, misurata utilizzando la scala Y-BOCS, con risultati mantenuti al *follow-up* di un mese (Izadi, Asgari, Neshatdust & Abedi, 2012). Risultati simili sono stati ottenuti con interventi a breve termine in campioni relativamente piccoli di bambini e adolescenti con DOC (Barney, Field, Morrison & Twohig, 2016; Armstrong, Morrison & Twohig, 2013).

Questi studi su gruppi di casi mettono in evidenza l'efficacia della terapia ACT nel produrre un miglioramento della sintomatologia del DOC, in termini di riduzione della gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva e in

termini di mantenimento di tali miglioramenti fino al *follow-up* a tre mesi dal termine del trattamento effettuato. Tuttavia, tali studi presentano come limite le dimensioni molto piccole dei campioni di casi clinici, per cui gli esiti non sono rappresentativi ed estendibili a gruppi più vasti della popolazione clinica e non mostrano di possedere prove di efficacia forti (Joel Philip, M.D et al., 2020).

Studi Controllati Randomizzati (RCT)

Gli studi clinici randomizzati sono considerati il *gold standard* tra i disegni di ricerca, perché sono in grado di controllare i fattori non specifici che potrebbero influenzare i risultati, come la regressione verso la media, l'andamento naturale dei problemi, l'uso di trattamenti aggiuntivi e gli effetti *placebo*.

Fabricant e altri (2013) hanno condotto uno studio RCT con l'obiettivo di confrontare l'efficacia dell'ACT e della CBT nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). In questo studio è stata utilizzata la sottoscala delle ossessioni dell'*Obsessive-Compulsive Inventory-Revised* (OCI-R) per fornire una misura della gravità dei sintomi. I partecipanti hanno ricevuto una singola sessione d'intervento assegnato casualmente, della durata di 45 minuti e sono stati seguiti una settimana dopo, al fine di valutare e avere una misura dei sintomi ossessivi. È stato riscontrato che vi erano riduzioni significative dei sintomi ossessivi in tutti e tre i gruppi dello studio (i due gruppi di intervento che hanno ricevuto ACT e CBT e il gruppo di controllo). Tuttavia, non sono state riscontrate differenze tra queste condizioni (Fabricant, Abramowitz, Dehlin & Twohig, 2013).

Un altro studio controllato randomizzato, condotto da Twohig et al. (2018) si è posto come obiettivo quello di verificare se fosse possibile ottenere ulteriori benefici integrando l'ACT con l'ERP (esposizione con prevenzione della risposta) tradizionale. I partecipanti sono stati divisi in gruppi e randomizzati per ricevere o l'ERP o l'ACT in combinazione con l'ERP, che venivano somministrati in 16 sessioni individuali bisettimanali. La principale misura di esito era la riduzione della gravità del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), valutata utilizzando la Y-BOCS e la *Dimensional Obsessive-Compulsive Scale* (DOCS). Le valutazioni sono state effettuate prima della prima sessione di trattamento (pretrattamento), una settimana dopo la sessione finale (post-trattamento) e sei mesi dopo il post-trattamento (*follow-up*). Dai risultati emersi è stato osservato che i partecipanti in entrambe le condizioni (ricevendo solo ERP o ACT+ ERP) hanno mostrato significative riduzioni dei sintomi del DOC, sia se valutati dal clinico, sia auto-riferiti dal paziente, nonché una riduzione dei sintomi depressivi tra il pre e il post-trattamento; inoltre, si è osservato che tali miglioramenti venivano mantenuti al *follow-up*. Ciò mostra che sia l'ACT che l'ERP sono interventi efficaci e che non sono state riscontrate differenze negli esiti, nei processi di cambiamento e nel coinvolgimento all'esposizione aggiungendo l'ACT ad un regime ERP esistente (Twohig et al., 2018).

In un altro lavoro, Twohig e collaboratori (2010) hanno verificato l'efficacia dell'ACT nel trattamento del DOC confrontandolo con il *Training di Rilassamento Progressivo* (PRT), scelto come intervento di controllo per la sua efficacia mostrata negli studi precedenti (Fals-Stewart, Marcks e Schafer, 1993). I pazienti hanno partecipato ad un totale di undici sedute: una seduta di accoglienza, otto sedute settimanali di trattamento della durata di un'ora, una seduta di valutazione post-trattamento e una seduta di *follow-up* a tre mesi. Attraverso le valutazioni oggettive effettuate prima del trattamento, dopo il trattamento e al *follow-up* di tre mesi, utilizzando scale validate, gli esiti hanno messo in evidenza che l'ACT produceva cambiamenti maggiori al termine del trattamento e al *follow-up*

rispetto al *Training di Rilassamento Progressivo* (PRT), secondo quanto veniva riportato nelle scale di valutazione per la gravità del DOC. Inoltre, questo studio ha permesso di evidenziare che, oltre al miglioramento in termini di riduzione di gravità della sintomatologia ossessivo-compulsiva, anche la qualità della vita (misurata con l'uso della *Quality of Life Scale- QOLS*), ha subito un miglioramento lievemente maggiore per i soggetti ai quali è stata somministrata l'ACT. Un ulteriore dato a favore dell'intervento ACT in pazienti con DOC è relativo ad una riduzione del tasso di *drop-out*, che nel presente studio era di circa il 10% rispetto a quello della ERP tradizionale, per cui gli studi precedenti avevano riportato un alto tasso di abbandono del 25% (Franklin, Abramowitz, Foa, Kozak & Levitt, 2000). Alla luce di questi risultati gli autori hanno osservato come l'ACT abbia un ruolo importante nel migliorare i sintomi del DOC e per questo sono necessari ulteriori studi per un approfondimento (Twohig et al., 2010).

Vakili e colleghi (2015) hanno condotto uno studio RCT, con lo scopo di confrontare l'efficacia dell'ACT, rispetto alla sola somministrazione di SSRI e della combinazione di ACT e SSRI nel trattamento degli adulti con DOC. L'efficacia dell'ACT è stata valutata confrontando il gruppo che riceveva ACT in combinazione con il trattamento con SSRI, il gruppo che riceveva la CBT in combinazione con SSRI e il solo trattamento con SSRI in un campione di 69 adolescenti con DOC. Le valutazioni venivano effettuate per ogni gruppo al pretrattamento, al post-trattamento e a tre mesi dalla fine del trattamento. I risultati hanno evidenziato che l'ACT era efficace quanto la CBT nel trattamento del DOC negli adolescenti quando veniva combinata con la terapia con SSRI. Tuttavia, sono ancora pochi gli studi sperimentali in grado di documentare che l'ACT è efficace quanto la CBT tradizionale nel ridurre la gravità dei sintomi ossessivo-compulsivi. (Esfahani, Bagher Kjbaf & Reja Abedi, 2015; Ghazanfari, Amiri & Abadi, 2015).

Uno studio condotto da Twohig e altri (2010) ha inoltre mostrato che l'ACT unita alla terapia farmacologica riduceva in modo significativo i punteggi di depressione, fino ad una remissione sintomatica o ad una lieve depressione. Questo studio supporta uno studio precedente che ha mostrato come l'ACT abbia un effetto nella riduzione dei sintomi dell'ansia e di depressione nei pazienti con disturbo ossessivo compulsivo e suggerisce anche che alcune tecniche di terapia cognitivo comportamentale (CBT) potrebbero essere utilizzate per aumentare l'efficacia dell'ACT (Xiong et al., 2021).

Conclusioni, vantaggi e limiti

I risultati documentati sull'efficacia dell'ACT nel trattamento di soggetti con diagnosi di DOC derivano principalmente da studi su casi clinici e serie di casi. Sebbene questi studi presentino ovvi limiti relativi alle dimensioni ridotte dei campioni e allo scarso rigore metodologico, i risultati emersi sono interessanti in quanto mostrano come l'ACT possa rivelarsi un intervento efficace, in grado di ridurre la gravità della sintomatologia e mantenere tale miglioramento fino a tre/sei mesi dalla fine della terapia.

Nonostante i limiti, questi studi hanno aperto la strada a studi randomizzati controllati, che godono di un maggiore rigore metodologico e mostrano una maggiore attendibilità e una base empirica più forte per validare l'efficacia dell'ACT nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo. A tal proposito, infatti, gli studi RCT si sono posti l'obiettivo di valutare l'efficacia dell'ACT rispetto alla ERP e hanno mostrato che entrambi gli interventi sono

associati a riduzioni significative dei sintomi ossessivi. I risultati inoltre non sembrano indicare differenze sostanziali tra ACT ed esposizione immaginativa (IE) nel miglioramento dei sintomi (Fabricant et al., 2013). Tuttavia, ad oggi vi è ancora una scarsa disponibilità di studi RCT che confrontano l'efficacia dell'ACT rispetto all'ERP nel DOC.

Un altro studio ha inoltre rilevato che l'ACT non aumenta in modo significativo gli esiti positivi se aggiunto ad un intervento ERP già esistente (Twohig et al., 2018). Pertanto, sono necessari ulteriori studi affinché l'efficacia dell'ACT come trattamento autonomo per il DOC possa essere raccomandato rispetto a interventi già esistenti come l'ERP.

Una revisione più recente della letteratura ha mostrato che l'ACT, quando utilizzata singolarmente o in combinazione con interventi farmacologici con gli SSRI, produce un sollievo maggiore dai sintomi ossessivi rispetto al trattamento con il solo uso degli SSRI. Questo dato si è dimostrato valido anche quando l'ACT veniva somministrata in un setting di gruppo. Queste prove risultano promettenti per chi opera nell'ambito dell'erogazione di servizi di salute mentale, poiché gli assetti di gruppo consentirebbero di trattare più pazienti con un solo psicoterapeuta qualificato in una singola sessione, facilitando così l'implementazione dell'ACT in modo più economico senza sacrificarne l'efficacia (Joel Philip, M.D et al., 2021).

Complessivamente questi studi possiedono diverse implicazioni cliniche: in primo luogo, forniscono prove che supportano l'uso dell'ACT nel trattamento del DOC, validando l'ACT come uno strumento utile per i clinici per trattare un disturbo che ha delle influenze sulla qualità della vita di milioni di persone in tutto il mondo; in secondo luogo rivelano che l'ACT potrebbe avere un effetto leggermente più profondo nel migliorare la qualità della vita dei pazienti rispetto agli approcci CBT tradizionali. Infine, suggeriscono che l'ACT potrebbe essere somministrata efficacemente in un setting di gruppo per il trattamento del DOC. Infine, tali studi forniscono un supporto per i costrutti psicologici considerati alla base dell'ACT, aprendo ad una nuova idea di cambiamento e di miglioramento della psicopatologia e fornendo strategie alternative che si focalizzano sulla modifica della relazione che il paziente ha nei confronti del disturbo, in un'ottica volta all'accettazione più che alla ristrutturazione dei contenuti del pensiero.

Prospettive future di ricerca e intervento

Sebbene il futuro dell'*Acceptance and Commitment Therapy* come intervento psicologico nel DOC sembri promettente, ad oggi vi è una carenza di studi controllati randomizzati (RCT) metodologicamente validi nell'attuale corpus di prove disponibili. Sarebbe quindi necessario condurre ulteriori studi comparativi diretti che mettano a confronto l'ACT con la CBT tradizionale per il DOC, in particolare con campioni di dimensioni più grandi, affinché i risultati possano essere generalizzati ed estesi a popolazioni cliniche più ampie. Inoltre, sarebbe auspicabile condurre più studi di *follow-up* per dimostrare il ruolo dell'ACT nel produrre miglioramenti duraturi nella riduzione sintomatologica del DOC. Infine, sarebbe importante e interessante ritagliare uno spazio per ampliare, con ulteriori ricerche, i fattori legati al ruolo di età, genere, razza, etnia, nel predire la risposta all'ACT nel DOC e l'utilità di queste (e altre) variabili nella selezione dell'intervento psicologico più appropriato per il paziente.

Conclusioni

Il presente lavoro ha messo in evidenza come l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) rappresenti un approccio terapeutico efficace e innovativo nel trattamento del Disturbo Ossessivo- Compulsivo (DOC).

Le evidenze disponibili all'interno del panorama scientifico, relative alle più recenti revisioni e studi clinici, confermano che l'ACT produce riduzioni significative della sintomatologia ossessivo-compulsiva e dei sintomi depressivi presenti nei pazienti con DOC e migliora la qualità della vita, risultando comparabile alla terapia cognitivo-comportamentale tradizionale e all'Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP).

La sua particolarità e specificità risiede nella promozione della flessibilità psicologica e nella riduzione dell'evitamento esperienziale, elementi che si configurano come meccanismi trans-diagnostici di rilevanza clinica.

Tuttavia, è necessario evidenziare alcuni limiti. In primo luogo, la letteratura disponibile, sebbene sia crescente e promettente, risulta ancora relativamente limitata rispetto alla mole di studi presente sulla CBT e l'ERP.

Molti *trial* clinici presentano inoltre campioni scarsi e ridotti e una variabilità metodologica che rende complessa la possibilità di generalizzare ed estendere i risultati ottenuti.

Inoltre, la maggior parte degli studi si focalizza sugli esiti a breve e medio termine, mentre risultano ancora scarse le ricerche e gli studi longitudinali che valutano l'efficacia dell'ACT nel lungo termine.

Un ulteriore limite riguarda la standardizzazione dei protocolli clinici. Sebbene esistano manuali e linee guida, ad oggi l'applicazione dell'ACT al DOC può variare sensibilmente tra i diversi contesti clinici, determinando una riduzione dell'omogeneità degli interventi. Alla luce di queste evidenze e delle considerazioni sui limiti e i vantaggi che caratterizzano lo stato dell'arte riguardo l'applicazione dell'ACT e la sua efficacia nel trattamento del DOC, le prospettive future di ricerca e applicabilità clinica dovranno orientarsi verso: studi multicentrici, con campioni più estesi e metodologie più rigorose per un maggiore consolidamento delle basi empiriche; un'analisi più approfondita e dettagliata dei meccanismi di mantenimento dei miglioramenti e dei benefici nel lungo termine con un'attenzione alla prevenzione delle ricadute; lo sviluppo di protocolli integrati ACT+ERP, in grado di coniugare l'efficacia dell'esposizione con la riduzione dell'evitamento esperienziale; la personalizzazione degli interventi ai diversi profili clinici dei pazienti e l'indagine dei fattori che possono predire la risposta all'intervento.

Un'altra interessante prospettiva futura di ricerca potrebbe essere dedicata all'esplorazione dell'applicazione dell'ACT in contesti digitali e di telemedicina, al fine di rendere tale approccio più fruibile e accessibile. In conclusione, l'ACT si configura oggi come una terapia *evidence-based* di grande rilevanza per il trattamento del DOC, capace di ampliare le possibilità di intervento e di rispondere alle esigenze di pazienti che non trovano benefici dai protocolli tradizionali. Il consolidamento della ricerca e l'innovazione clinica rappresentano i passi necessari affinché l'ACT possa assumere un ruolo sempre più centrale nel panorama delle terapie contemporanee.

Bibliografia

Abramowitz, J. S. (2006). The psychological treatment of obsessive—compulsive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 407-416.

Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. Routledge.

- APA- American Psychiatric Association (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Armstrong, A. B., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). A Preliminary Investigation of Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*
- Arnold, P. D., & Richter, M. A. (2007). Genetics of obsessive compulsive disorder: Evidence from pediatric and adult studies. *Handbook of child and adolescent obsessive-compulsive disorder*, 175-212.
- Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. *Handbook of socialization theory and research*, 213, 262.
- Barcaccia, B. (2012). IL PROCESSO DI DEFUSIONE NELLA TERAPIA DELL'ACCETTAZIONE E DELL'IMPEGNO (ACT). *Cognitivismo clinico*, 9(2).
- Barney, J. Y., Field, C. E., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2017). Treatment of pediatric obsessive compulsive disorder utilizing parent-facilitated acceptance and commitment therapy. *Psychology in the Schools*, 54(1), 88-100.
- Basile, B. (2012). VALORI E AZIONE IMPEGNATA NELL'ACT. *Cognitivismo Clinico*, 9(2).
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 194.
- Bhikram, T., Abi-Jaoude, E., & Sandor, P. (2017). OCD: obsessive-compulsive... disgust? The role of disgust in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 42(5), 300-306.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612-624.
- Brown, F. J., & Hooper, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with a learning disabled young person experiencing anxious and obsessive thoughts. *Journal of intellectual disabilities*, 13(3), 195-201.
- Cavedini, P., Zorzi, C., Piccinni, M., Cavallini, M. C., & Bellodi, L. (2010). Executive dysfunctions in obsessive-compulsive patients and unaffected relatives: searching for a new intermediate phenotype. *Biological psychiatry*, 67(12), 1178-1184.
- Cherry, E. C. (1953). Some experiments on the recognition of speech, with one and with two ears. *Journal of the acoustical society of America*, 25, 975-979.
- Dehlin, J. P., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior modification*, 37(3), 409-430.
- Dehlin, J. P., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy as a treatment for scrupulosity in obsessive compulsive disorder. *Behavior modification*, 37(3), 409-430.
- Ellis, A. (1977). Rational-emotive therapy: Research data that supports the clinical and personality hypotheses of RET and other modes of cognitive-behavior therapy. *The Counseling Psychologist*, 7(1), 2-42.
- Esfahani, M., Kjbaf, M. B., & Abedi, M. R. (2015). Evaluation and Comparison of the Effects of Time Perspective Therapy, Acceptance and Commitment Therapy and Narrative Therapy on Severity of Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* (Vol. 41).

Fabricant, L. E., Abramowitz, J. S., Dehlin, J. P., & Twohig, M. P. (2013). A comparison of two brief interventions for obsessional thoughts: Exposure and acceptance. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 195–209.

Fals-Stewart, W., Marks, A. P., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*

Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide*. Oxford University Press.

Fontenelle, L. F., & Hasler, G. (2008). The analytical epidemiology of obsessive-compulsive disorder: risk factors and correlates. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(1), 1-15.

Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with non randomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*

Galeazzi, A., & Meazzini, P. (2004). *Mind and behavior*. Florence, Italy: Giunti Editore.

Ghazanfari, F., Amiri, F. and Abadi, M., 2015. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Meta Cognitive Treatment on Improvement of the Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive Disorder in Khorramabad City. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 5(11), pp.190-198.

Giussani, G. (2021). LE TERAPIE DI TERZA GENERAZIONE PER IL DOC: IL PASSAGGIO DEL FOCUS TERAPEUTICO DAI CONTENUTI MENTALI AGLI ASPETTI PROCESSUALI DELL'ELABORAZIONE DELLE INFORMAZIONI. *Cognitivismo Clinico*, (1).

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of contextual behavioral science*, 18, 181-192.

Harris, R. (2011). *Fare act. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy*.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (1999). What is acceptance and commitment therapy?. In *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 3-29). Boston, MA: Springer US.

Healy, H. A., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., Keogh, C., Luciano, C., & Wilson, K. (2008). An experimental test of a cognitive defusion exercise: Coping with negative and positive self-statements. *The Psychological Record*, 58(4), 623-640.

Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat??. *Clinical psychology review*, 28(1), 1-16.

- Izadi, R., Asgari, K., Neshatdust, H., & Abedi, M. (2012). The Effect of acceptance and commitment therapy on the frequency and severity of symptoms of obsessive compulsive disorder. *Zahedan J Res Med Sci*, 14(10), 107-12.
- Jackson, J. L. (1999). Psychometric considerations in self-monitoring assessment. *Psychological assessment*, 11(4), 439.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(2), 351.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the human sciences*, 8(2), 73.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). The self. In *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships* (pp. 125-168). Boston, MA: Springer US.
- Korotitsch, W. J., & Nelson-Gray, R. O. (1999). An overview of self-monitoring research in assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 11(4), 415.
- La Mela, C. (2014). *Fondamenti di terapia cognitiva*. Firenze, FI, IT: Maddali e Bruni.
- Lamar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & commitment therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management*.
- Leahy, R. L. (2018). *Emotional schema therapy: Distinctive features*. Routledge.
- Lee, E. B., Ong, C. W., An, W., & Twohig, M. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for a case of scrupulosity-related obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(4), 407-423.
- Levin, M. E., Krafft, J., & Twohig, M. P. (2024). An overview of research on acceptance and commitment therapy. *Psychiatric Clinics*, 47(2), 419-431.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
- Lorenzini, R., Sassaroli, S., & Ruggiero, G. M. (Eds.). (2006). *Psicoterapia cognitiva dell'ansia: rimuginio, controllo ed evitamento*. Cortina.
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., & Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: a randomized controlled trial in South Africa—a pilot study. *Epilepsia*, 47(12), 2173-2179.
- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*, Milano: Raffaello Cortina.
- Mancini, F. et al. "Il Disturbo Ossessivo-compulsivo". In Gragnani, A., & Perdighe, C. (a cura di), *Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali* (pp.481-509). Raffaello Cortina Editore, 2021.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2016). *I processi cognitivi nel DOC. La Mente Ossessiva*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 69-90.
- Mancini, F., & Perdighe, C. (2005). *Il disturbo ossessivo-compulsivo. Manuale di Psicoterapia Cognitiva (Seconda Edizione)*. Bollati Boringhieri Editore, Torino.
- Mancini, F., Gangemi, A., Perdighe, C., & Marini, C. (2008). Not just right experience: is it influenced by feelings of guilt?. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 39(2), 162-176.
- Manjula, M., & Sudhir, P. M. (2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S104-S113.

- Martin, R., & Young, J. (2010). Schema therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 317.
- McCullough Jr, J. P. (2003). Treatment for chronic depression using cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of clinical psychology*, 59(8), 833-846.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour research and therapy*, 4(4), 273-280.
- Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(6), 521-531.
- Pauls, D. L., Alsobrook, J. P., Goodman, W., Rasmussen, S., & Leckman, J. F. (1995). A family study of obsessive-compulsive disorder. *American journal of psychiatry*, 152(1), 76-84.
- Philip, J., & Cherian, V. (2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100603.
- Rector, N. A., Cassin, S. E., Richter, M. A., & Burroughs, E. (2009). Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test of the cognitive vulnerability model. *Journal of anxiety disorders*, 23(1), 145-149.
- Rodriguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candia, P., Navio-Acosta, M., Perez-Rodriguez, M. M., ... & Baca-Garcia, E. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC psychiatry*, 6(1), 20.
- Roselli, V. (2025). Studio osservazionale sulle associazioni tra sindrome da demoralizzazione, depressione, durata di malattia non trattata e decorso clinico in pazienti affetti da disturbo ossessivo compulsivo.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford press.
- Shapiro, L. J., & Stewart, S. E. (2011). Pathological guilt: A persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 23(1), 63-70.
- Smith, B. M., Bluett, E. J., Lee, E. B., & Twohig, M. P. (2017). Acceptance and commitment therapy for OCD. *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders*, 1, 596-613.
- Taylor, K. I., Devereux, B. J., & Tyler, L. K. (2011). Conceptual structure: Towards an integrated neurocognitive account. *Language and cognitive processes*, 26(9), 1368-1401.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(6), 710-720.
- Twohig, M. P., & Woods, D. W. (2004). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy and habit reversal as a treatment for trichotillomania. *Behavior Therapy*, 35(4), 803-820.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ... & Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 108, 1-9.
- Twohig, M. P., Capel, L. K., & Levin, M. E. (2024). A review of research on acceptance and commitment therapy for anxiety and obsessive-compulsive and related disorders. *Psychiatric Clinics*, 47(4), 711-722.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 3-13.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 3-13.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705–716.

Twohig, M. P., Vilardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202.

Vakili, Y., & Gharraee, B. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Iranian journal of psychiatry*, 9(2), 115.

Vakili, Y., Gharaee, B., & Habibi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy, selective serotonin reuptake inhibitors, and their combination in the improvement of obsessive compulsive symptoms and experiential avoidance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(2), 16–20.

Wells, A., & Simons, M. (2009). Metacognitive therapy. *Treatment Resistant Anxiety Disorders: Resolving Impasses to Symptom Remission*, 1.

Xiong, A., Lai, X., Wu, S., Yuan, X., Tang, J., Chen, J., ... & Hu, M. (2021). Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in psychology*, 12, 655154.

Eliana Misuraca, Psicologa Psicoterapeuta, Palermo
Specializzata in psicoterapia cognitiva presso IGB Palermo
e-mail: eliana1290@libero.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

CBT e psicosi: la ricostruzione di significato

Chiara Fesi¹

¹Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

Riassunto

I disturbi dello spettro schizofrenico richiedono modelli interpretativi e d'intervento capaci di superare l'approccio puramente bio-medico a favore di una prospettiva fenomenologica focalizzata sul significato dell'esperienza psicotica. Il presente elaborato analizza la genesi e il mantenimento della psicosi attraverso il modello integrato stress-vulnerabilità e la prospettiva dimensionale del continuum psicologico (Van Os et al., 2009). Quest'ultima interpreta i sintomi positivi come espressioni estreme di processi cognitivi ordinari e intelligibili alla luce della storia di vita del soggetto (Beck et al., 2009).

In questo scenario, la Terapia Cognitivo-Comportamentale per le psicosi (CBTp) si configura come un pilastro fondamentale del trattamento integrato, validato dalle linee guida internazionali (*National Institute for Health and Care Excellence* [NICE], 2014). Tramite la formulazione condivisa del caso, la CBTp costruisce un "ponte di significato" tra schemi cognitivi e sintomatologia, promuovendo il passaggio del paziente da una condizione di passività a una gestione attiva del disturbo. Nonostante criticità connesse a ridotto *insight*, deficit neurocognitivi o farmacoresistenza, la CBTp fornisce al paziente gli strumenti per normalizzare l'esperienza e ridurre l'impatto invalidante (Kingdon, Turkington, 2005). Il trattamento si configura come un intervento flessibile e personalizzato (Perdighe, Gragnani, 2021), integrato dal *family work* per rimodulare i fattori relazionali di mantenimento e sostenere la *recovery*.

Parole Chiave: disturbi dello spettro schizofrenico; psicosi; modello stress-vulnerabilità; terapia cognitivo-comportamentale per le psicosi (CBTp); recovery; family work.

Chiara Fesi, CBT e psicosi: la ricostruzione di significato, N. 36, 2025, pp. 60-96.

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

CBT and Psychosis: The Reconstruction of Meaning

Summary

Schizophrenia spectrum disorders require interpretative and interventional models capable of overcoming a purely bio-medical approach in favor of a phenomenological perspective focused on the meaning of the psychotic experience. This paper analyzes the genesis and maintenance of psychosis through the integrated stress-vulnerability model and the dimensional perspective of the psychological continuum (Van Os *et al.*, 2009). The latter interprets positive symptoms as extreme expressions of ordinary cognitive processes, which are intelligible given the subject's life history (Beck *et al.*, 2009).

In this scenario, Cognitive Behavioral Therapy for psychosis (CBTp) emerges as a fundamental pillar of integrated treatment, validated by international guidelines (NICE, 2014). Through shared case formulation, CBTp builds a “bridge of meaning” between cognitive schemas and symptomatology, promoting the patient's transition from a passive stance to active management of the disorder.

Despite critical challenges related to reduced insight, neurocognitive deficits, or treatment resistance, CBTp offers patients the tools to normalize the experience and reduce its disabling impact (Kingdon, Turkington, 2005). The treatment is structured as a flexible and personalized intervention (Perdighe, Gragnani, 2021), integrated with family work to reshape relational maintenance factors and support recovery.

Key words: schizophrenia spectrum disorders; psychosis; stress-vulnerability model; cognitive behavioral therapy for psychosis (CBTp); recovery; family work.

Psicosi e disturbi dello spettro schizofrenico

La fenomenica psicotica

I disturbi psicotici rappresentano un insieme eterogeneo di condizioni cliniche invalidanti per via della gravità sintomatologica che comportano, per lo stigma sociale intrinsecamente connesso, per le difficoltà di gestione che pongono alle famiglie e ai servizi di cura e per la frequente cronicizzazione, che impatta seriamente sulla qualità di vita e sulla progettualità della persona.

L'eterogeneità delle manifestazioni cliniche e dei gradi di disabilità hanno reso complessa la sua concettualizzazione, che si è evoluta nelle varie edizioni dei principali sistemi nosografici, attraverso le teorizzazioni di Kraepelin, Bleuler e Schneider (Tandon *et al.*, 2013). A Kraepelin si deve la prima differenziazione clinica sistematica, riportata nella quarta edizione della sua opera “Trattato di psichiatria” (1893), nella quale denominava il disturbo “*dementia praecox*”, descrivendolo come un disturbo cronico dal decorso simil-demenziale. Con Eugen Bleuler (1911), venne introdotto il termine “schizofrenia” (dal greco “*schizo-*” dividere e “*-frenia*” mente), al fine di spostare il *focus* dal decorso (non sempre deteriorante) all'aspetto dissociativo e ai suoi sintomi fondamentali (le cosiddette “quattro A”: Associazione, Affettività, Ambivalenza, Autismo).

Negli anni successivi, Kurt Schneider (1966) propose una classificazione dei sintomi schizofrenici di tipo strettamente psicopatologico (distinguendo tra i sintomi di primo e di secondo ordine), che influenzò

profondamente i sistemi diagnostici successivi. Nello stesso periodo Jaspers (1946) concettualizzò i deliri come manifestazioni qualitativamente diverse dalle credenze normali (operazionalizzate in letteratura come “false credenze”), guidate da convinzioni inconsuete e non riconducibili alla logica.

Più recentemente, autori come Arthur Morrison (2001) e Richard Bentall (1990) hanno proposto un approccio dimensionale e cognitivo-comportamentale, che tende a considerare l’esperienza psicotica su un *continuum* con la normalità, focalizzandosi sui meccanismi psicologici individuali e sui processi mentali di attribuzione e interpretazione.

Ad oggi, la costellazione dei sintomi psicotici (figura 1)¹, relativi a disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive, vengono raggruppati nel DSM-5 (APA, 2013) in deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento grossolanamente disorganizzato e sintomi negativi (diminuzione dell’espressione delle emozioni o abulia).

I deliri sono disturbi del contenuto del pensiero, che si manifestano come produzioni ideiche errate, abnormi e inconfutabili, che il soggetto sostiene con incrollabile certezza e non corregge nemmeno alla luce di evidenze

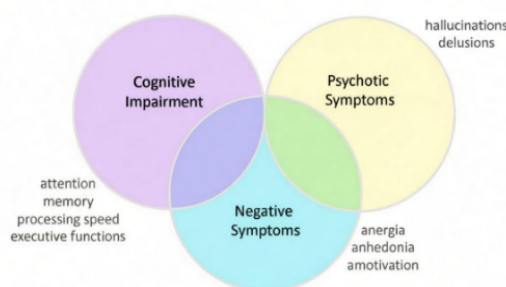


Figura 1: Componenti della schizofrenia

contrastanti (Cassano, Tundo, 2006). Per tale ragione si configurano come idee fisse, inamovibili e bizzarre, in quanto palesemente non plausibili, estranee alle comuni esperienze e non comprensibili a persone appartenenti alla stessa cultura (APA, 2013). Il delirio è egosintonico e autoriferito e il suo contenuto ripetitivo può essere centrato su una varietà di tematiche di base come la minaccia, la sessualità, l’affettività, il misticismo e la religione (delirio di persecuzione, di grandezza, nichilistico, mistico-religioso etc.).

Le allucinazioni, invece, sono anomalie della funzione percettiva, che si manifestano come percezioni sensoriali in assenza di uno stimolo esterno e in assenza di critica da parte del soggetto (Cassano, Tundo, 2006). Difatti, in uno stato di coscienza integro, il paziente è fermamente convinto della presenza dello stimolo inesistente, che percepisce con concretezza, obiettività e ben allocato nel tempo e nello spazio, vivendolo come reale (Sarteschi, Maggini, 1982). Le allucinazioni possono alterare la percezione di qualsiasi modalità sensoriale e vengono classificate sulla base dell’organo sensoriale coinvolto; le allucinazioni uditive sono quelle più frequenti nel disturbo schizofrenico, manifestandosi sotto forma di “voci”, che il paziente può percepire come “imperative”, “commentanti”, “minacciose” o come “eco del proprio pensiero” (APA, 2022).

¹ Nota. Elaborazione propria sulla base della letteratura.

La categoria dei sintomi disorganizzati coinvolge sia il pensiero disorganizzato, che si manifesta con un eloquio incoerente, deragliamenti, neologismi e tangenzialità, sia il comportamento grossolanamente disorganizzato, caratterizzato da catatonia, rigidità o agitazione non finalizzata (APA, 2022). I pazienti che presentano un comportamento disorganizzato sembrano perdere le capacità di pianificazione, organizzazione e controllo delle proprie azioni, con conseguenti difficoltà nel raggiungimento di obiettivi (Kring *et al.*, 2017) e nella gestione delle pulsioni di base (alimentazione, sessualità e aggressività etero e autodiretta).

Infine, la presenza di sintomi negativi dà luogo a un quadro clinico caratterizzato da appiattimento affettivo (riduzione dell'intensità dell'espressione emotiva), alogia (povertà di linguaggio), abulia (riduzione della motivazione e dell'attività finalizzata) e anedonia (incapacità di provare piacere). Questi sintomi hanno spesso un impatto maggiore sul funzionamento a lungo termine e sulla prognosi del paziente, correlando significativamente con una scarsa qualità di vita (Kring *et al.*, 2017) e generando disabilità secondaria a livello sociale e occupazionale.

Valutazione dei sintomi e classificazioni nosografiche

La complessità e l'eterogeneità dei disturbi psicotici, sia per quanto riguarda la sintomatologia che il decorso, emergono sin dalle prime descrizioni della sindrome, quando Kraepelin, Bleuler e numerosi altri Autori propongono dei sottotipi clinicamente più omogenei del disturbo, influenzando la nosografia dei principali sistemi diagnostici: DSM dell'*American Psychiatric Association* (APA) e ICD della *World Health Organization* (WHO, 2019). Difatti, fino alla quarta edizione del DSM (1994) e alla decima dell'ICD (1992) la schizofrenia veniva suddivisa nei sottotipi paranoide, disorganizzata, catatonica e indifferenziata (raggiungendo un ventaglio di nove sottocategorie nell'ICD-10), che saranno eliminati nelle attuali edizioni, dal momento che la ricerca scientifica ne ha dimostrato la scarsa rilevanza clinica e la limitata stabilità diagnostica (Valle, 2020).

Con la pubblicazione del DSM-5 nel 2013, l'attenzione si è spostata sull'eterogeneità clinica della schizofrenia, riclassificata all'interno del capitolo “disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici”. Tale transizione ha comportato l'abbandono dei precedenti sottotipi, a favore di un approccio dimensionale, basato su specifiche scale di valutazione della frequenza e della gravità della sintomatologia psicotica e dei sintomi aspecifici (Sezione III del manuale), che forniscono indicatori prognostici e terapeutici più accurati (Lingiardi, Gazzillo, 2014). All'interno del capitolo, l'attuale Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5-TR) e la Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-11; WHO, 2019) forniscono criteri diagnostici standardizzati per i vari disturbi dello spettro psicotico, in base a specifici *set* di sintomi

(deliri, allucinazioni, eloquio e comportamento disorganizzato e sintomi negativi) e alla loro durata minima (APA, 2022):

- *Disturbo Delirante*: caratterizzato esclusivamente dalla presenza di uno (o più) deliri per almeno un mese, in assenza di altri sintomi psicotici prominenti e di alterazioni del funzionamento/comportamento.
- *Disturbo psicotico breve*: esordio improvviso di sintomi psicotici che durano da un giorno a meno di un mese, con pieno ritorno al funzionamento premorbo.
- *Disturbo schizofreniforme*: la durata dei sintomi psicotici e della malattia (compresa le fasi prodromica, attiva e residua) è di almeno 1 mese, ma meno di 6 mesi, assumendo una posizione intermedia fra il disturbo psicotico breve e la schizofrenia.
- *Schizofrenia*: richiede la presenza di sintomi psicotici significativi (deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato) per almeno sei mesi, nei quali si manifestano almeno un mese di sintomi di fase attiva (cioè la fase acuta durante la quale emergono deliri, allucinazioni, comportamento bizzarro e disturbo formale del pensiero), con marcata alterazione del funzionamento premorbo. Inoltre, possono manifestarsi anche periodi prodromici (che si caratterizzano per sintomi psicotici sottosoglia per intensità, frequenza e durata) o sintomi residui.
- *Disturbo Schizoaffettivo*: una condizione ibrida che combina sintomi psicotici significativi e sintomi rilevanti di disturbi dell'umore (depressivi o maniacali).
- *Disturbo schizotipico di personalità*: inserito tra i disturbi psicotici in quanto codificato nell'ICD-10 come disturbo schizotipico ma descritto nel capitolo dei disturbi di personalità;
- *Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci*;
- *Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica*;
- *Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione e senza specificazione*.

La nuova concezione di “spettro” include un’eterogeneità di sintomi che possono presentarsi non solo tra i numerosi disturbi psicotici ma anche in diverse condizioni morbose, come i disturbi correlati all’uso di sostanze, i disturbi dell’umore, i disturbi di personalità etc. Nonostante le difficoltà cliniche della diagnosi differenziale, risulta necessaria la presenza di una classificazione nosografica con specifici criteri operazionalizzabili, per stabilire una comunicazione uniforme tra i professionisti della salute mentale e permettere una diagnosi standardizzata per la conduzione di ricerche scientifiche valide a livello globale, che possano migliorare l’efficacia delle cure e l’organizzazione dei servizi sanitari. Al fine di perseguire tale scopo, la valutazione clinica dei sintomi e degli aspetti transdiagnostici si avvale di interviste cliniche strutturate e semi-strutturate, nonché di scale di valutazione standardizzate distinte per aree di indagine, che permettono una misurazione quantitativa e replicabile della fenomenica psicotica:

- La valutazione della sintomatologia psicotica si avvale di numerosi strumenti quali *Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS* (Ventura *et al.*, 1993), *Scale Assessment Negative Symptoms* e *Scale Assessment Positive Scale* (Andreasen, 1982), *Positive and negative Symptoms Scale* (Kay *et al.*, 1987);
- La valutazione delle funzioni cognitive avviene attraverso la *Matrices Consensus Cognitive Battery – MCCB* (Nuechterlein *et al.*, 2008), *Metacognition Assessment Scale* (Semerari *et al.*, 2003), *Theory of Mind Tasks* ed *Emotion Recognition Tasks (Facially Expressed Emotion Labeling Test -FEEL-* Kessler *et al.*, 2002);
- La valutazione del funzionamento adopera scale *GAS (Global Assessment Scale)* (Endicott *et al.*, 1976) o *QLS (Quality of life scale)* (Heinrichs *et al.*, 1984), che analizzano le relazioni interpersonali, sociali, il ruolo occupazionale, le attività della vita quotidiana e il funzionamento intrapsichico.

A questi test si aggiungono le scale di valutazione degli stati mentali a rischio, volti a identificare i giovani in fase prodromica (intervallo di età tra i 15 e i 25 anni) che hanno un rischio elevato e imminente di andare incontro a un primo episodio psicotico (Yung, McGorry, 1996).

Yung e McGorry (1996) hanno individuato lo stato UHR (*ultra-high risk*), distinguendo tre possibili stati prodromici che rappresentano un “rischio ultra elevato” di esordio psicotico:

- *Sindrome psicotica attenuata (APS)*, in cui sono presenti esperienze psicotiche lievi o sub-soglia nelle quali è mantenuta una parziale critica e la cui severità e frequenza è sufficiente da meritare l’attenzione clinica (minimo un sintomo positivo che si presenta almeno una volta a settimana nell’ultimo mese);
- *Sintomi psicotici brevi, limitati e intermittenti (BLIPS)*, in cui i sintomi positivi mancano di critica parziale e insorgono per alcuni minuti al giorno per non più di una settimana;
- *Sindrome di rischio genetico e deterioramento (GRFD)*, in cui un significativo declino cognitivo con sintomi non specifici si combina alla familiarità per disturbo psicotico o al soddisfacimento dei criteri per disturbo schizotipico di personalità.

Il riconoscimento del prodromo dell’esordio psicotico fornisce ai clinici l’opportunità di sviluppare un intervento che potrebbe ritardare, migliorare o prevenire l’insorgenza del quadro psicotico.²

² Nota. Adattato dalle *slide* del corso “disturbi psicotici e schizofrenia”, Riccardi, Scuola di Psicoterapia Cognitiva (IGB)

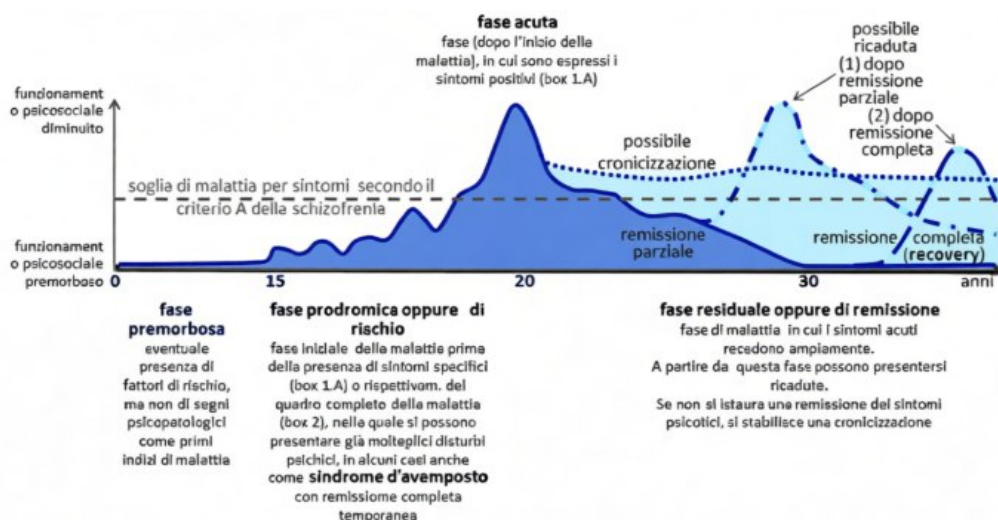


Figura 2: Decorso della Schizofrenia

Ciò risulta fondamentale dal momento che le psicosi ad esordio precoce (EOP, 13-17 anni) e ad esordio molto precoce (VEOP, <13 anni) sono forme più gravi in termini di sintomatologia e prognosi rispetto alle psicosi ad esordio in età adulta (AOP, >18 anni). Considerata l'importanza dell'identificazione precoce della sintomatologia prodromica sono stati sviluppati numerosi strumenti come il *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State* (CAARMS) di Yung e colleghi (2005), la *Structured interview for Prodromal Symptom* (SIPS) e la *Scale of Prodromal Symptoms* (SOPS) del gruppo di ricerca guidato da Miller e McGlashan (Thompson *et al.*, 2016) e la *Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms* (BSABS) di Gross, Huber e Klosterkötter (1987).

Eziopatogenesi multifattoriale nelle psicosi

L'eziologia dei disturbi psicotici è complessa e non riconducibile a una singola causa ma a una combinazione dinamica di elementi genetici, ambientali, psicologici e psicosociali (tra cui infezioni virali da retrovirus endogeni, quoziente intellettivo, ridotta esposizione perinatale alla vitamina D, uso di cannabis, nutrizione, cognizione sociale, fumo e trauma infantile), la cui interazione aumenta la probabilità di sviluppare il disturbo (Davis *et al.*, 2016).

La combinazione di questi fattori in specifiche fasi del neurosviluppo è fortemente predittiva dell'esordio della schizofrenia, in quanto produrrebbe un'alterazione precoce del sistema dopaminergico, la cui disregolazione ricopre un ruolo centrale per lo sviluppo e il mantenimento di deliri e allucinazioni (Bloomfield *et al.*, 2019; Godini *et al.*, 2015). L'ipotesi dopaminergica (degli anni '60) postula che i sintomi psicotici siano il risultato della disfunzione della normale trasmissione dopaminergica a livello cerebrale, specialmente nelle vie mesocorticali e mesolimbiche (McGowan *et al.*, 2004). Questa teoria rimane ancora centrale nella comprensione della patofisiologia del disturbo, sebbene arricchita dallo studio del ruolo degli altri neurotrasmettitori (serotonina, glutammato) e dalla pubblicazione di un'ampia

gamma di ricerche genetiche, che hanno confermato la presenza di una componente congenita nel disturbo, dimostrando che il rischio di sviluppare un disturbo psicotico aumenta se si ha un familiare che ne soffre, e tale rischio aumenta quanto più il corredo genetico è simile (Kendler *et al.*, 1996).

La sindrome da delezione 22q11.2 rappresenta il più forte fattore di rischio genetico ad oggi riconosciuto (McDonald-McGinn *et al.*, 2015; Van *et al.*, 2017), in quanto la delezione di una porzione del cromosoma 22 sembrerebbe aumentare del 25% il rischio di sviluppo di un disturbo psicotico (Murphy, 2002). Tuttavia, la presenza di una base genetica non implica direttamente lo sviluppo del disturbo, in quanto la neuropatogenesi della schizofrenia non è determinata da un unico fattore né trasmessa da un singolo gene bensì da numerose mutazioni genetiche rare (Kring *et al.*, 2017). Inoltre è importante tenere in considerazione che il soggetto con schizofrenia e la famiglia condividono anche esperienze di vita e numerosi altri fattori ambientali. Per tale ragione, il paradigma esplicativo predominante sull'eziopatogenesi della schizofrenia è il modello di stress-vulnerabilità, teorizzato da Joseph Zubin e Bonnie Spring (1977), che si fonda su tre elementi fondamentali:

- La vulnerabilità, che rappresenta una caratteristica di tratto, relativamente stabile e costituita dall'interazione di fattori biologici, psicologici o sociali predisponenti e di rischio per lo sviluppo della schizofrenia (Zubin, Spring, 1977). Da sola non è sufficiente a spiegare l'esordio psicotico in quanto la stragrande maggioranza di individui che presenta tali fattori di rischio non sviluppa schizofrenia (APA, 2022);
- Lo *stress*, definito come l'insieme degli eventi di vita che possono alterare il mantenimento dell'omeostasi del funzionamento dell'individuo (Ingram, Luxton, 2005).
- L'adattamento, rappresentato dalla resilienza del soggetto e dalla sua capacità di mettere in atto strategie di coping funzionali a fronteggiare l'evento stressante.

Secondo questo modello, l'esordio psicotico o la ricaduta insorgono nel momento in cui un soggetto con una vulnerabilità predisponente si ritrova a far fronte a richieste ambientali che superano le sue capacità di adattamento (Sanavio, 2016).

Un altro modello eziopatogenetico è rappresentato dalla teoria dei sintomi di base, sviluppato dalla scuola di Bonn e dall'approccio fenomenologico, la quale propone che la schizofrenia inizi con disturbi elementari aspecifici e difficili da verbalizzare (come anomale esperienze soggettive di pulsione, affetto, percezione, pensiero), che riflettono una disfunzione cognitiva fondamentale (*information processing*). Questi sintomi soggettivi rappresentano la prima manifestazione di un'alterazione cognitiva, che può evolvere verso sintomi psicotici più clinicamente riconoscibili, creando un *continuum* fenomenologico tra esperienza interna e sintomo manifesto. In linea con quanto esposto, diversi Autori hanno dimostrato come le esperienze psicotiche si collochino lungo un *continuum* che include anche il funzionamento normale, portando allo sviluppo di specifici strumenti psicometrici (Bentall *et al.*, 1989). Le indagini

epidemiologiche supportano tale prospettiva, avendo rilevato la presenza di credenze deliranti nel 12% della popolazione generale (Van Os *et al.*, 2000; Van Os, Linscott, 2012). Attualmente, la letteratura scientifica definisce i fenomeni psicotici come manifestazioni dimensionali situate al polo opposto delle credenze ordinarie: in quest'ottica, i deliri non sono considerati entità qualitativamente distinte dalle convinzioni normali, ma rappresentano semplicemente l'estremità di una distribuzione di fenomeni mentali (Van Os, 2003). Tuttavia l'insorgenza di tali anomalie non rappresenta di per sé una condizione sufficiente per la strutturazione del delirio: la transizione verso una sintomatologia psicotica conclamata è mediata da specifici processi emotivi che, insieme ai *bias* cognitivi, favoriscono il passaggio alla sintomatologia psicotica nei soggetti predisposti (Garety *et al.*, 2001; Morrison, 2001; Birchwood, 2003; Freeman, Garety, 2003). Tra i processi emotivi si riscontrano ansia e depressione, che affiancano spesso il delirio di persecuzione e condividono sovrapposizione genetica, fattori affettivi negativi e processi psicologici; tra i processi cognitivi implicati nella formazione del delirio vi sono il *jumping to conclusion* (Garety *et al.*, 1991), *l'impooverished theory of mind* (Frith, Corcoran, 1996), il *self-serving attributional bias* (Kaney, Bentall, 1989) e il *bias* di attenzione selettiva verso quegli stimoli pericolosi che rievocano più facilmente episodi di pericolo, rinforzando continuamente le credenze deliranti e persecutorie (Gilleen, David, 2005; Bentall *et al.*, 2001).

Fondamenti teorici della CBT nelle psicosi

Modelli cognitivi della psicosi

I modelli cognitivi della psicosi, sviluppati da pionieri come Aaron Beck e successivamente raffinati da ricercatori e clinici quali Chadwick, Birchwood, Garety e Freeman, fungono da ponte tra gli approcci neurobiologici e quelli puramente cognitivi, offrendo una descrizione psicologica dei fenomeni psicotici, da cui derivano ipotesi causali sui sintomi.

La teoria cognitiva si fonda sul principio che, sebbene una vulnerabilità neurobiologica possa innescare esperienze percettive inusuali, è l'interpretazione cognitiva che l'individuo dà a queste esperienze (*appraisal*) a determinare l'effettiva insorgenza e la persistenza della sintomatologia clinica.

Secondo il modello di Garety e colleghi (2001), tale interpretazione è fortemente influenzata dalla vulnerabilità biopsicosociale preesistente - sia essa innata o generata da esperienze e traumi precoci - che, interagendo con eventi stressanti di vita, innesca o esacerba perturbazioni nei processi cognitivi di base (come l'attenzione, la percezione e il giudizio), generando *bias* cognitivi (figura 3)³.

³ Nota. Garety e colleghi (2001). Modello cognitivo sui sintomi positivi della psicosi [diapositiva *Power Point*]. Disturbi psicotici e schizofrenia. Scuola di Psicoterapia Cognitiva (IGB)

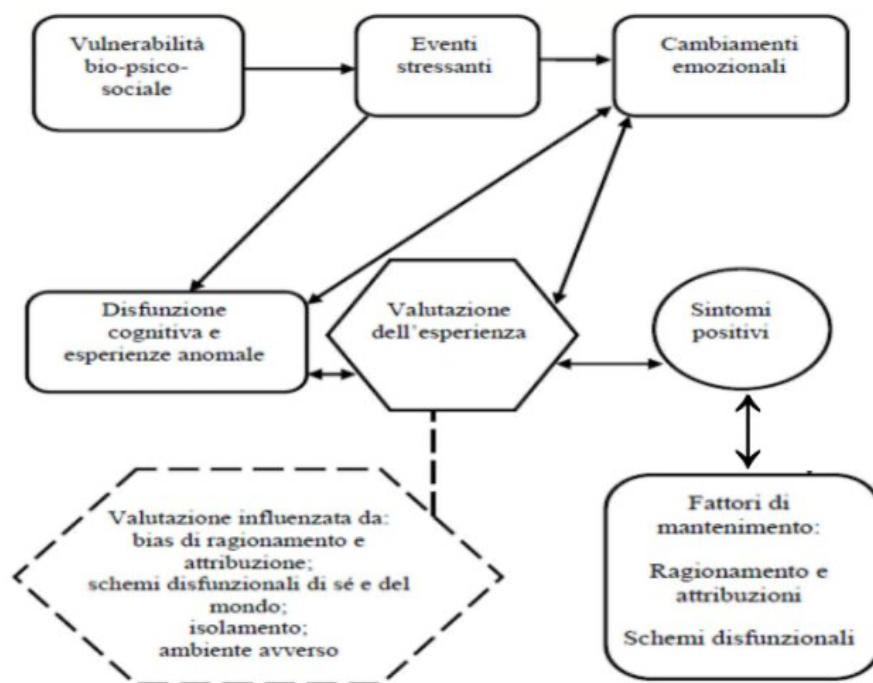


Figura 3: Il modello di Garety e colleghi (2001)

Oltre al percorso che coinvolge la disfunzione cognitiva, il modello di Garety postula che i sintomi psicotici possono svilupparsi anche a seguito di una grave perturbazione affettiva, in assenza di evidenti disfunzioni cognitive di base. Difatti, è ampiamente documentato che gli effetti delle esperienze traumatiche provocano problemi emotivi e formano convinzioni negative su di sé e sugli altri, facilitando la psicosi nei soggetti predisposti (Garety *et al.*, 2001; Hardy *et al.*, 2005).

I ricercatori hanno identificato specifici fattori di vulnerabilità che predispongono l'individuo a tale rigidità ideativa e al delirio (Read *et al.*, 2005; Varese *et al.*, 2012). La letteratura scientifica riporta tassi elevatissimi, fino all'85%, di traumi infantili nei soggetti psicotici (Duhig *et al.*, 2015; Larsson *et al.*, 2013), con una correlazione diretta tra la gravità del trauma e il rischio di psicosi (Kelleher *et al.*, 2013). Parallelamente, uno stile di attaccamento insicuro (Mickelson *et al.*, 1997), evitante o fobico-ansioso è frequentemente associato alle psicosi croniche (Berry *et al.*, 2007; Korver-Nieberg *et al.*, 2013; Gumley *et al.*, 2014), poiché compromette la mentalizzazione, fondamentale per il mantenimento della flessibilità ideica (Bateman, Fonagy, 2004). Anche il contesto familiare e sociale ha un peso specifico per lo sviluppo psicotico: le famiglie con un atteggiamento di chiusura e diffidenza verso gli altri (Lorenzini, Coratti, 2008), gli immigrati, coloro che crescono in un contesto urbano (APA, 2013) e che usano in modo precoce e sistematico cannabinoidi (*ibidem*), presentano una maggiore vulnerabilità al disturbo. Poiché queste condizioni si verificano durante l'età evolutiva del soggetto, si assiste a un'alterazione precoce del

sistema dopaminergico (Gerra *et al.*, 2009; Uhart, Wand, 2009), la cui disregolazione funge da “miccia e carburante” biologico per l’innescò del delirio e delle allucinazioni (Kapur, 2003).

Secondo Beck e colleghi (2009), all’aumentare degli *stressor* e della loro interazione, cresce il rischio di slatentizzare il disturbo psicotico, proprio per via dell’effetto negativo dell’ambiente pre- e post natale sul circuito ipotalamo-ipofisi-surrene (esposizione prenatale a virus, esperienze traumatiche infantili etc.), con conseguente alterazione dei livelli di cortisolo. Tali cambiamenti neurobiologici (riduzione del volume dell’ippocampo, iperattività dopaminergica nelle vie mesolimbiche, disregolazione dell’HPA) mantengono uno stato emotivo negativo (ansia, depressione), che alimenta interpretazioni minacciose e aumenta l’utilizzo di distorsioni cognitive, nel tentativo di dare senso ad esperienze ambigue e incomprensibili (Beck *et al.*, 2009). In accordo con tale teoria, il modello di Freeman (2007)⁴ mette in evidenza come il delirio consiste nella spiegazione dell’esperienza di sensazioni interiori inusuali (percezioni aberranti, depersonalizzazione), eventi esterni e informazioni sociali cariche emotivamente e ambigue (espressioni facciali, silenzi, coincidenze).

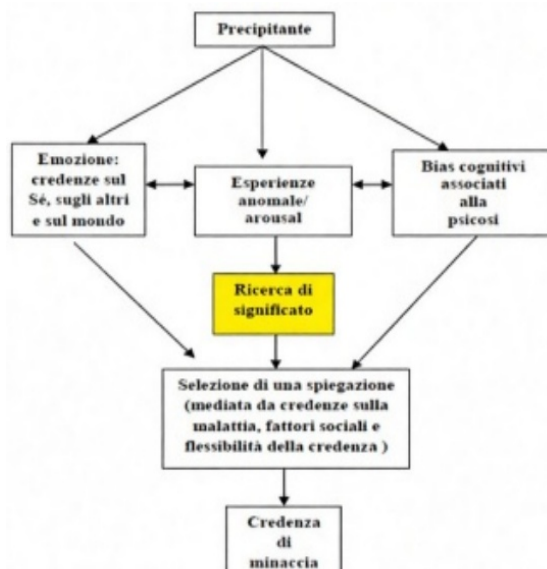


Figura 4: Il modello di Freeman (2007)

In tale modello il delirio è concettualizzato come la migliore spiegazione (o l’unica disponibile in quel momento) che il soggetto, in forte disagio emotivo, riesce a formulare per dare un senso a queste esperienze anomale (Freeman, 2007) (figura 5)⁵.



Figura 5: Esempio di un diagramma di formulazione di un delirio persecutorio

⁴ Nota. Freeman (2007) Modello cognitivo sui sintomi della psicosi [diapositiva *Power Point*]. Disturbi psicotici e schizofrenia. Scuola di Psicoterapia Cognitiva (IGB)

⁵ Nota. Da *Cognitive-behavioral therapy for psychotic disorders* di Freeman (2013), *Psychiatric Times*

L'esordio del delirio è spesso preceduto dal cosiddetto "umore predelirante" (*Wahnstimmung*), uno stato di intensa perplessità, ansia e indecifrabilità del mondo interno ed esterno (Jaspers, 1946), mantenuto da meccanismi cognitivi esasperati come il confermazionismo (cercare solo prove a sostegno delle proprie idee), l'autoinganno (rifiutare conclusioni dolorose) (Davidson, 1985) e la rigidità nevrotica (il perseguimento inflessibile di scopi nucleari e irrinunciabili, senza la capacità di modificarli di fronte a una grave invalidazione) (Perdighe, Gragnani, 2021).

In quest'ottica, i modelli cognitivi forniscono una spiegazione alla fenomenica psicotica, inserendola all'interno di un *continuum* di esperienze nelle quali i normali processi di elaborazione delle informazioni e i *bias* cognitivi vengono influenzati dall'effetto pervasivo dei processi emotivi e dalle rappresentazioni di sé del soggetto. Agli estremi del *continuum* vi è, da un lato, una mente flessibile e sana, capace di adattarsi, aggiornare il proprio sistema di credenze, di scopi e di valori per il raggiungimento di obiettivi e progetti di vita (Castelfranchi *et al.*, 2002); dall'altro lato si trova una mente psicotica rigida, inamovibile, resistente alle invalidazioni e, pertanto, incapace di adattarsi alle mutate esigenze ambientali, generando intensa sofferenza. La perdita di elasticità del sistema di pensiero impedisce al soggetto di discriminare quali *input* siano realmente salienti per i propri scopi, finendo per attribuire un significato eccessivo a stimoli originariamente neutri (fenomeno noto come "salienza aberrante" di Kapur, 2003). L'interpretazione catastrofica o minacciosa per alcuni scopi vitali e l'impossibilità di rielaborare l'evento a causa dell'assetto cognitivo rigido bloccano il soggetto in un'*impasse* angosciata, dalla quale trova via d'uscita solo tramite un'illuminazione delirante. Il delirio rappresenta l'*eureka* che risolve l'angoscia del *Wahnstimmung*, e che viene accettata aprioristicamente, senza necessità di prove di ancoraggio alla realtà condivisa (Castelfranchi *et al.*, 2002). Analogamente, i modelli cognitivi spiegano il meccanismo di creazione e mantenimento delle allucinazioni, collocandolo all'interno di un *continuum* di fenomeni dispercettivi, ai quali tuttavia viene attribuito un significato di rilevanza ad uno stimolo neutro, sempre a causa del meccanismo di salienza aberrante (Kapur, 2003), legato alla disfunzione del sistema dopaminergico. L'individuo tenderebbe a interpretare le proprie rappresentazioni interne come provenienti dall'ambiente circostante (Sarin, Wallin, 2014), al fine di preservare l'autostima ed evitare il confronto con schemi del sé negativi (Bentall, 1990). Il mantenimento delle interpretazioni deliranti e delle allucinazioni avviene tramite un complesso insieme di meccanismi intrapsichici (ipotesi *ad hoc*, *bias* esternalizzante, ragionamento emotivo) e interpersonali (confrontazione e confutazione del delirio, accondiscendenza, evitamento e comportamenti di sicurezza). A questi si aggiunge la cosiddetta "sindrome cognitivo-attentiva" (CAS), cioè un insieme di comportamenti e strategie mentali che le persone mettono in atto quando si sentono minacciate o angosciate (Morrison, 2001), caratterizzato da intensa ruminazione, preoccupazione e monitoraggio della minaccia, che mantiene l'*arousal* emotivo elevato e impedisce la revisione dell'interpretazione iniziale, con il risultato di alimentare il sintomo

psicotico. In quest'ottica, i sintomi negativi della schizofrenia (appiattimento affettivo, alogia, abulia, anedonia) possono essere visti come il risultato della ruminazione e della preoccupazione cronica, che attivano un eccessivo *overthinking*, che impedisce l'azione e l'esperienza del piacere.

Molti modelli cognitivi concettualizzano i sintomi negativi come conseguenze secondarie o strategie di coping disadattive, messe in atto per gestire l'emotività negativa generata dai sintomi positivi o dall'ambiente percepito come ostile. In tal senso, l'evitamento e l'isolamento sociale sono una risposta comportamentale (C in termini di "ABC") di "ricerca di sicurezza" verso un mondo percepito come pericoloso, mentre l'appiattimento affettivo può rappresentare un meccanismo di "auto-protezione" volto alla riduzione dell'intensità emotiva (Freeman, Garety, 2003). In quest'ottica, gli altri sintomi della schizofrenia (eloquio e comportamento disorganizzato e sintomi negativi) non sono concepiti come *deficit* primari ma come conseguenze del vivere in uno stato di costante minaccia e iperattivazione cognitiva ed emotiva. A questa concezione, il modello di Beck (2009) armonizza la visione dei sintomi negativi, interpretandoli sia come *deficit* primari che come conseguenze secondarie; da un lato, anche i sintomi negativi sono causati dalla disregolazione dopaminergica (in questo caso dalla sua ridotta disponibilità) e dalla combinazione di altri fattori neuropatologici (come la disfunzione della corteccia prefrontale). Dall'altro, tale base biologica si intreccia con fattori cognitivi e schemi disfunzionali, dando esito a sintomi negativi secondari alla ridotta aspettativa di successo e piacere, alla percezione di risorse limitate, alle credenze disfattiste etc. (Abi-Dargham, Grace, 2011). La disorganizzazione del pensiero, ad esempio, si configura come una reazione di stress a situazioni nuove, poco familiari o emotivamente stressanti, innescata da una soglia di attivazione più bassa rispetto alla popolazione generale (Beck *et al.*, 2009).

Presa in carico multidisciplinare e intervento precoce

La presa in carico olistica ed efficace dei disturbi psicotici richiede un approccio multidisciplinare e flessibile, basato su interventi modulari che si adattano alla sintomatologia e alle diverse fasi del disturbo. In linea con i modelli cognitivi della psicosi, l'intervento clinico non si limita alla riduzione dei sintomi positivi, ma si estende alla valutazione e al trattamento dei processi cognitivi disfunzionali, delle risposte emotive associate, dei comportamenti di *coping* disadattivi e dei fattori ambientali stressogeni che contribuiscono alla persistenza della sintomatologia (Garety *et al.*, 2001; Beck *et al.*, 2009).

Nella prospettiva cognitivo-comportamentale, la gestione dei disturbi psicotici è concepita come un processo strutturato e continuativo, finalizzato alla modifica dei fattori di vulnerabilità e dei meccanismi di mantenimento del disturbo, nonché al potenziamento del funzionamento adattivo e della qualità di vita del paziente. In questo quadro, la presa in carico multidisciplinare rappresenta il modello organizzativo più coerente con l'approccio CBT, poiché consente un intervento integrato sui diversi livelli del funzionamento del paziente. Il lavoro sinergico dell'*équipe* permette di combinare la farmacoterapia con

interventi psicologici e riabilitativi, agendo in modo coordinato sui processi di salienza aberrante, sui *bias* cognitivi, sulle strategie di evitamento e sui fattori contestuali che alimentano i circoli viziosi di mantenimento della psicosi (Birchwood, Trower, 2006; Morrison *et al.*, 2014).

All'interno del team multidisciplinare, lo psichiatra è responsabile della diagnosi e della gestione della terapia farmacologica, che viene considerata uno strumento funzionale alla riduzione dell'iperattivazione neurobiologica e dell'*arousal* emotivo, creando le condizioni di stabilità necessarie per l'intervento cognitivo e comportamentale (Kapur, 2003; Beck *et al.*, 2009). Lo psicologo e lo psicoterapeuta conducono interventi cognitivo-comportamentali per la psicosi (CBTp), basati sulla formulazione condivisa del caso, sull'esplorazione collaborativa delle interpretazioni deliranti e delle allucinazioni e sulla riduzione dei comportamenti di sicurezza che mantengono il senso di minaccia percepita (Chadwick, 2006; Morrison *et al.*, 2014).

Gli infermieri psichiatrici contribuiscono in modo rilevante al monitoraggio sistematico dei comportamenti, degli stati emotivi e dei segnali precoci di ricaduta, supportando l'aderenza farmacologica e rinforzando l'utilizzo delle strategie di *coping* apprese in terapia nella vita quotidiana. Tale funzione è particolarmente rilevante in ottica di prevenzione delle ricadute e di generalizzazione degli apprendimenti terapeutici (Gumley *et al.*, 2003). Gli assistenti sociali intervengono sui fattori ambientali e socioeconomici che possono agire come *stressor* cronici, riducendo le barriere pratiche al funzionamento adattivo e facilitando l'accesso alle risorse territoriali. I terapeuti della riabilitazione e occupazionali implementano programmi di riabilitazione psicosociale e *Social Skills Training*, favorendo l'acquisizione e la generalizzazione di abilità sociali e lavorative, secondo i principi dell'apprendimento comportamentale (Lieberman *et al.*, 2002).

Un principio cardine dell'approccio CBT è la modulazione dell'intervento in base alla fase del disturbo: nelle fasi prodromiche l'obiettivo è quello di ridurre i fattori cognitivi, emotivi e comportamentali che aumentano la possibilità di esordio o ricaduta, attraverso la normalizzazione dell'esperienza psicotica (riduzione dello stigma e delle interpretazioni catastrofiche dei sintomi), l'aggancio precoce ai servizi (lavoro sulle credenze disfunzionali sulla farmacoterapia, sul controllo percepito e sulla prognosi) e la costruzione dell'alleanza terapeutica (Birchwood, 2003; Morrison *et al.*, 2014); nelle fasi acute, l'obiettivo prioritario è la riduzione dell'*arousal* emotivo, del rischio comportamentale e delle interpretazioni catastrofiche associate ai sintomi psicotici; nelle fasi di stabilizzazione e remissione, l'intervento si concentra sull'analisi funzionale dei comportamenti disadattivi, sull'accettazione e gestione sintomatologica, sul potenziamento delle strategie di *coping* e sulla prevenzione delle ricadute attraverso il lavoro sulla vulnerabilità e il riconoscimento dei segnali precoci di scompenso (Gumley *et al.*, 2003; Birchwood, Trower, 2006). L'identificazione dei segnali di ricaduta e la costruzione di un Piano di Prevenzione delle Ricadute permettono di interrompere precocemente i circoli viziosi di mantenimento

del disturbo (Gumley *et al.*, 2003), di lavorare sulla vulnerabilità e sulle attività di regolazione emotiva e *problem solving* e di favorire un recupero funzionale e un incremento dell'autoefficacia del paziente (Zubin, Spring, 1977; Beck *et al.*, 2009).

La presa in carico CBT si declina, inoltre, in diversi contesti di cura (domicilio, servizi territoriali, comunità terapeutiche), che vengono concettualizzati come ambienti di apprendimento. Contesti strutturati e prevedibili, caratterizzati da regole chiare e comunicazione esplicita, riducono l'ambiguità ambientale e l'iperattribuzione di significato agli stimoli, facilitando l'estinzione delle risposte di minaccia e il rinforzo di comportamenti funzionali (Morrison *et al.*, 2014). In questa prospettiva, l'ambiente stesso assume una funzione terapeutica attiva, coerente con i principi CBT di esposizione, apprendimento e rinforzo.

Studi di efficacia degli interventi e adattamento della CBTp

Il trattamento della schizofrenia e degli altri disturbi psicotici richiede generalmente un supporto continuativo e a lungo termine, che idealmente inizia con l'esordio dei primi sintomi e può protrarsi lungo l'intero arco di vita. Numerose evidenze indicano che interventi tempestivi, forniti precocemente e mantenuti nel tempo, sono fondamentali per ridurre gli elevati tassi di ricaduta successivi al primo episodio psicotico e per limitare la morbilità e la mortalità associate al disturbo (Mander, Kingdon 2015). In particolare, la prognosi risulta strettamente correlata alla durata della psicosi non trattata (DUP, *Duration of Untreated Psychosis*) e al numero di episodi psicotici nei primi anni di malattia (Patel *et al.*, 2018).

La terapia farmacologica, basata prevalentemente sull'impiego di farmaci antipsicotici, rappresenta tuttora un cardine del trattamento. Tuttavia, essa presenta rilevanti criticità legate agli effetti collaterali, alla necessità di un monitoraggio continuo, ai costi e, soprattutto, alla scarsa aderenza terapeutica, frequentemente associata a una ridotta o assente consapevolezza di malattia (*insight*) (Favaro, Sambataro, 2021; McGlanaghy *et al.*, 2021).

La letteratura mostra come la mancata aderenza farmacologica (Lacro *et al.*, 2002) e l'interruzione del trattamento (Lieberman, 2007) siano fenomeni comuni nei pazienti con schizofrenia, contribuendo in modo significativo al rischio di ricaduta.

Alla luce di tali criticità, gli interventi psicologici assumono un ruolo centrale e complementare alla farmacoterapia. Essi puntano a migliorare l'*insight*, favorire l'adesione al trattamento, sostenere il recupero funzionale, potenziare le abilità sociali e prevenire le ricadute, spesso coinvolgendo anche la famiglia o figure significative (Favaro, Sambataro, 2021; Patel *et al.*, 2018). Le evidenze scientifiche indicano che l'integrazione tra farmacoterapia e interventi psicosociali rappresenta la strategia più efficace

nel trattamento dei disturbi mentali gravi, grazie a un effetto sinergico particolarmente evidente nella prevenzione delle ricadute (Favaro, Sambataro, 2021; Patel *et al.*, 2018).

In questo contesto, le più recenti linee guida internazionali hanno superato la tradizionale dicotomia tra trattamento biologico e psicologico. Le linee guida del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2014) raccomandano un approccio integrato in tutte le fasi del disturbo, includendo esplicitamente la CBT e la terapia familiare. Analogamente, le linee guida dell'*American Psychiatric Association* (Keepers *et al.*, 2020 - *APA Practice Guideline*) suggeriscono programmi di trattamento multimodali che comprendano farmacoterapia, CBT per la psicosi (CBTp), psicoeducazione, interventi familiari, *Cognitive Remediation* e *Social Skills Training*.

La Terapia Cognitivo-Comportamentale, nel suo adattamento per il trattamento delle psicosi (CBTp) si configura oggi come uno degli interventi psicologici *evidence-based* di elezione per questi pazienti, dimostrando efficacia nella riduzione della gravità dei sintomi positivi e negativi e nel miglioramento del funzionamento globale (Keepers *et al.*, 2020). Tuttavia, l'applicazione della CBT standard ha richiesto significativi adattamenti per rispondere alla natura pervasiva, spesso ego-sintonica, dei sintomi psicotici. A differenza delle cognizioni disfunzionali osservate in altri disturbi, le credenze deliranti non vengono affrontate tramite un confronto diretto o una confutazione esplicita del contenuto, ma attraverso un lavoro focalizzato sull'impatto emotivo e funzionale del sintomo (Chadwick, 2006).

L'obiettivo della CBTp non è necessariamente l'eliminazione del delirio o la convinzione della sua falsità, ma la riduzione della sofferenza associata e il miglioramento della qualità di vita del paziente (Beck *et al.*, 2009). In questo senso, mentre la CBT standard mira spesso alla ristrutturazione cognitiva completa, la CBTp assume un orientamento pragmatico e orientato alla risoluzione dei problemi, aiutando il paziente a riconoscere le credenze e i comportamenti disfunzionali e a sviluppare strategie di *coping* e di *mastery* rispetto ai sintomi psicotici (Moritz *et al.*, 2013), anche attraverso il potenziamento del *self-monitoring* e, quindi, l'osservazione della relazione tra eventi stressanti, interpretazioni cognitive ed esacerbazione sintomatologica.

L'efficacia della CBTp nella schizofrenia ad esordio in età adulta è supportata da oltre trenta studi randomizzati controllati (RCT) (Addington *et al.*, 2012). In particolare, la ricerca ha evidenziato una specifica efficacia della CBTp nei pazienti all'esordio psicotico per la riduzione dell'ansia, della depressione e del discontrollo comportamentale associati a deliri e allucinazioni persecutorie (Birchwood, Trower, 2006). Ulteriori studi hanno dimostrato l'efficacia della CBTp nella prevenzione delle ricadute (Gumley *et al.*, 2003) e nella riduzione delle allucinazioni di comando, considerate tra i sintomi a più elevato rischio di aggressività auto- ed etero-diretta (Trower *et al.*, 2004).

Numerosi RCT hanno inoltre valutato l'efficacia della CBTp nell'intervento precoce. Lo studio di Lewis e colleghi (2002), "*Study of Cognitive Reality Alignment Therapy in Early Schizophrenia*", ha evidenziato

come la CBTp risulti particolarmente efficace nei pazienti al primo episodio psicotico, determinando una riduzione della sintomatologia positiva, un minor numero di giorni di ospedalizzazione e una migliore aderenza al trattamento.

L'intervento sui pazienti in una fase prossima all'esordio massimizza le probabilità di *recovery* clinica e funzionale e riduce significativamente il rischio di cronicizzazione (Simonsen *et al.*, 2010). Al contrario, una lunga durata della psicosi non trattata, associata a scarso *insight*, compromette l'efficacia della CBTp e l'adesione al trattamento (Howes *et al.*, 2021), incidendo negativamente sul decorso clinico, per via di meccanismi neurologici, sociali e psicologici, quali il ritiro sociale, la perdita di supporto e la riduzione dell'autostima (Popolo *et al.*, 2013). Tali fattori, inoltre, aumentano il rischio di sviluppare episodi depressivi e comportamenti suicidari nel periodo successivo all'episodio psicotico (Altamura *et al.*, 2010). In considerazione di queste evidenze, le linee guida NICE consentono, nei pazienti al primo episodio psicotico riluttanti al trattamento farmacologico, l'utilizzo iniziale del solo intervento psicologico, purché sotto stretto monitoraggio clinico e con rivalutazione entro un mese (NICE, 2014). L'introduzione dei servizi di intervento precoce ha contribuito a ridurre la durata della psicosi non trattata, favorendo in una quota di pazienti il raggiungimento della remissione (Maj *et al.*, 2021), soprattutto nei soggetti giovani e con minori compromissioni cognitive (Favaro, Sambataro, 2021). Ciò è strettamente correlato al fatto che l'utilizzo di tecniche cognitivo-comportamentali richiede al paziente adeguate capacità metacognitive, necessarie a mettere in discussione le proprie credenze (Lysaker *et al.*, 2007). Pertanto, la CBTp integra interventi mirati alle disfunzioni cognitive e metacognitive, come il “*Training Metacognitivo*” (MCT), volto a migliorare la consapevolezza dei propri processi mentali e a ridurre i *bias* cognitivi implicati nella formazione e nel mantenimento dei deliri (Moritz, Woodward, 2007; Moritz *et al.*, 2011).

A questi si affiancano interventi di *Social Cognition Training*, basati su esercizi pratici e *role-playing*, finalizzati al miglioramento della teoria della mente e delle competenze relazionali. Infine, approcci di terza ondata come l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) e la *Mindfulness* vengono utilizzati per promuovere un atteggiamento di accettazione verso le esperienze psicotiche intrusive, riducendo la lotta contro il sintomo e aumentando la flessibilità psicologica.

Per merito dell'integrazione di queste strategie e strumenti terapeutici, è stato dimostrato che il cambiamento terapeutico indotto dalla CBTp sia associato a specifici correlati neurobiologici. Studi di *neuroimaging* pre- e post-trattamento hanno evidenziato una riduzione dell'attivazione fronto-lobica agli stimoli minacciosi, una normalizzazione della connettività cortico-lobica e una modulazione delle principali reti cerebrali coinvolte nella regolazione emotiva e nella salienza degli stimoli sociali (Kumari *et al.*, 2011; Kumari, Terce, 2017). Tali cambiamenti riflettono un miglioramento del controllo *top-down* e della capacità di reinterpretare le informazioni sociali in modo meno minaccioso, fornendo un ulteriore supporto all'efficacia della CBTp nel trattamento delle psicosi.

Il trattamento cognitivo-comportamentale nelle psicosi

Assessment e formulazione del caso

L'*assessment* e la formulazione del caso rappresentano il fulcro dell'intervento cognitivo-comportamentale, in quanto guidano la scelta delle strategie terapeutiche e consentono di costruire un modello condiviso e comprensibile dell'esperienza psicotica del paziente (Beck *et al.*, 2009; Morrison, 2001).

L'intervento si articola tipicamente in tre fasi distinte: *l'engagement*, *l'assessment* e la ristrutturazione (figura 6)⁶. Nella prima fase di "*engagement*", il terapeuta si pone l'obiettivo di costruire un *setting* funzionale e una relazione solida con il paziente, anche a discapito della raccolta delle informazioni (Kingdon e Turkington, 2005).

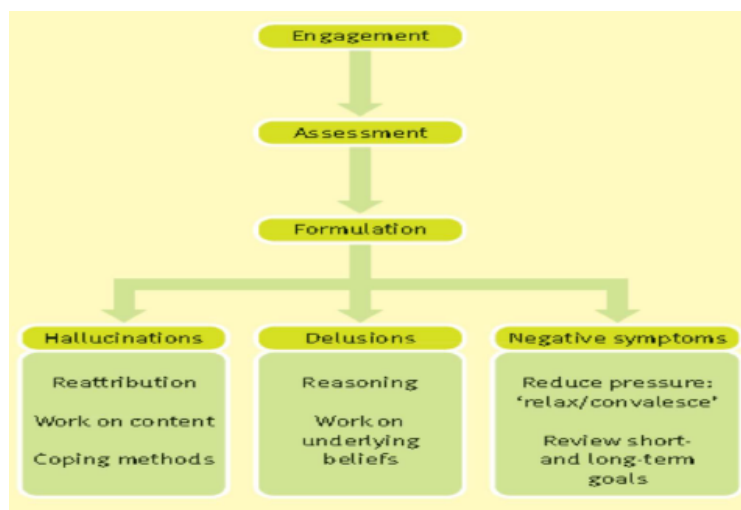


Figura 6: Il modo di procedere in terapia CBTp

Nel momento in cui il paziente inizia a parlare del delirio sta esponendo la sua visione del mondo, mostrando un'apertura di fiducia verso il clinico che premurosamente dovrà accoglierla e ascoltarla, senza però mai colludere con essa (Lorenzini, Coratti, 2008).

Il terapeuta può attivamente interessarsi alla teoria del paziente e alle relative conseguenze emotive e comportamentali delle stesse, evitando, però, di condividere le idee deliranti e di compromettere la possibilità di fornire alternative e critiche al delirio in fasi più avanzate della terapia (Lorenzini, Coratti, 2008).

⁶ Nota. Il modo di procedere in terapia CBTp [diapositiva *Power Point*]. Disturbi psicotici e schizofrenia. Scuola di Psicoterapia Cognitiva (IGB)

La seconda fase di *assessment* si configura come un processo continuo e collaborativo, che si sviluppa lungo l'intero percorso terapeutico e non si esaurisce nelle fasi iniziali del trattamento.

In linea con l'approccio CBT, l'obiettivo della valutazione non è esclusivamente descrittivo o diagnostico, ma funzionale alla comprensione dei meccanismi cognitivi, emotivi e comportamentali che contribuiscono all'esordio e al mantenimento dei sintomi (figura 7)⁷.

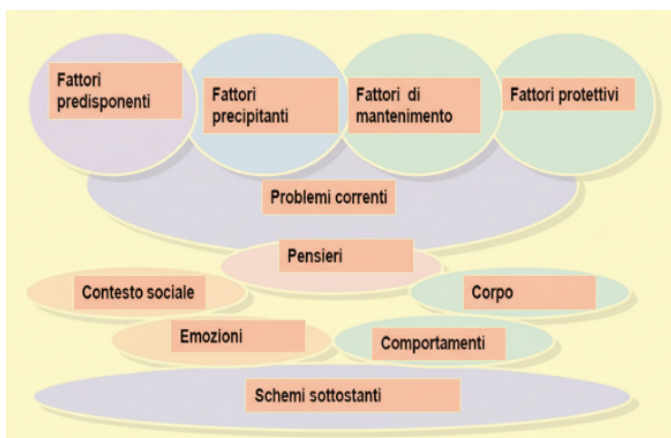


Figura 7: Schema generale dell'*assessment*

Esso integra informazioni provenienti da diverse fonti (colloquio clinico, osservazione comportamentale, strumenti standardizzati, informazioni anamnestiche e contestuali), al fine di costruire una formulazione individualizzata, idiografica e dinamica del funzionamento del paziente (Perdighe, Gragnani, 2021).

Un primo obiettivo dell'*assessment* riguarda l'esplorazione fenomenologica dell'esperienza psicotica, ponendo particolare attenzione al modo in cui il paziente descrive deliri, allucinazioni ed esperienze soggettive anomale. In ottica cognitiva, non è il contenuto del sintomo in sé a costituire il *focus* principale dell'intervento, bensì il significato attribuito dal soggetto a tali esperienze e le conseguenze emotive e comportamentali che ne derivano (Chadwick, Birchwood, 1994; Morrison, 2001). Pertanto, il clinico indaga le credenze metacognitive, le valutazioni di minaccia, le attribuzioni causali e i *bias* di ragionamento (tra cui *jumping to conclusions*, confermazionismo, *bias* esternalizzante), che contribuiscono alla cristallizzazione del delirio e alla persistenza delle allucinazioni (Garety *et al.*, 2001; Freeman, Garety, 2003).

Parallelamente, l'*assessment* CBT prevede una valutazione accurata degli stati emotivi associati ai sintomi psicotici, in particolare ansia, depressione, vergogna e rabbia, che spesso precedono, accompagnano o seguono l'esordio del sintomo (Birchwood, 2003). Numerosi studi hanno dimostrato come le emozioni negative svolgano un ruolo centrale nel mantenimento delle credenze deliranti, favorendo interpretazioni minacciose e incrementando i comportamenti di sicurezza e di evitamento (Freeman, 2007). In tal senso, la sofferenza emotiva non viene considerata una semplice conseguenza del disturbo, ma un elemento attivo dei meccanismi di mantenimento.

Un ulteriore livello di valutazione riguarda i comportamenti messi in atto dal paziente in risposta ai sintomi, che nella formulazione cognitivo-comportamentale vengono concettualizzati come strategie di

⁷ Nota. Elaborazione propria sulla base della letteratura.

coping disfunzionali o comportamenti di sicurezza (Fowler *et al.*, 1995). L’evitamento sociale, l’isolamento, l’ipercontrollo dell’ambiente o la sottomissione alle voci rappresentano tentativi di ridurre l’ansia e il senso di minaccia, ma finiscono per rinforzare le credenze disfunzionali e limitare il funzionamento globale (Morrison, 2001; Freeman, Garety, 2003). La valutazione del funzionamento sociale, occupazionale e relazionale risulta, quindi, essenziale per comprendere l’impatto dei sintomi sulla vita quotidiana del paziente e per definire obiettivi terapeutici realistici e condivisi.

All’interno del processo di *assessment*, la CBT integra l’uso di strumenti standardizzati per la valutazione della sintomatologia psicotica, delle funzioni cognitive, del rischio suicidario e del funzionamento globale, come la PANSS, la BPRS, la SAS (*Suicide Assessment Scale*) e le scale sulla qualità di vita, già descritte nei capitoli precedenti. Tali strumenti non sostituiscono il colloquio clinico, ma lo affiancano, fornendo una misurazione quantitativa della gravità sintomatologica, utile al monitoraggio del cambiamento e alla valutazione dell’efficacia dell’intervento terapeutico (Kay *et al.*, 1987; Ventura *et al.*, 1993).

La formulazione del caso, esito centrale dell’*assessment*, rappresenta una mappa esplicativa condivisa che organizza in modo coerente i fattori predisponenti, precipitanti e di mantenimento del disturbo, secondo il modello stress-vulnerabilità (Zubin, Spring, 1977) e i modelli cognitivi della psicosi. Questo processo introduce la fase di “ristrutturazione” che inizia con la condivisione del modello di funzionamento del paziente, volto a spiegare il motivo per cui i sintomi psicotici si manifestano in quello specifico modo e in quel determinato soggetto, collegandoli a eventi scompensanti, credenze nucleari su di sé e sugli altri, eventi di vita significativi, esperienze traumatiche, stili di attaccamento, processi cognitivi disfunzionali ed emozioni dominanti, attraverso relazioni causali plausibili e clinicamente utili (Garety *et al.*, 2001; Beck *et al.*, 2009). La comprensione del funzionamento del disturbo incrementa la perdita sensazione di controllo e consente il contenimento delle sensazioni di impotenza, mancanza di speranza e terrore, che solitamente accompagnano la sperimentazione di sintomi psicotici.

Dal punto di vista operativo, la formulazione CBT utilizza schemi come il modello ABC (evento attivante – credenze – conseguenze emotive e comportamentali), adattato alla psicosi, per rendere comprensibile al paziente il legame tra esperienza interna, interpretazione e sofferenza. Questo processo ha una funzione normalizzante e destigmatizzante, poiché colloca il sintomo psicotico all’interno di un *continuum* di esperienze umane e lo rende accessibile all’esplorazione e alla modificazione (Chadwick, Birchwood, 1994).

È importante sottolineare che la formulazione del caso in CBT non è un prodotto statico ma un’ipotesi di lavoro flessibile, che viene costantemente aggiornata alla luce delle nuove informazioni che emergono in terapia e dei cambiamenti clinici del paziente. Tale flessibilità è particolarmente rilevante nel trattamento delle psicosi, dove la variabilità dei sintomi, la fragilità dell’alleanza terapeutica e la presenza di *deficit*

cognitivi richiedono un continuo adattamento dell'intervento (Beck *et al.*, 2009; Perdighe, Gragnani, 2021).

Interventi sui sintomi positivi

Nel trattamento cognitivo-comportamentale delle psicosi, gli interventi rivolti ai sintomi positivi – segnatamente deliri e allucinazioni – si fondano sul paradigma della continuità, secondo cui tali esperienze non sono qualitativamente diverse dai normali processi cognitivi, ma rappresentano il risultato di interpretazioni disfunzionali di esperienze interne ed esterne anomale, in un quadro di vulnerabilità individuale ed elevata attivazione emotiva (Garety *et al.*, 2001; Morrison, 2001). Coerentemente con tale prospettiva, la CBTp non persegue l'eradicazione sintomatologica *tout court*, bensì la ristrutturazione delle credenze disfunzionali, la riduzione della sofferenza associata e il ripristino del funzionamento adattivo del paziente.

Un pilastro metodologico degli interventi CBT sui sintomi positivi risiede nell'adozione di un atteggiamento terapeutico collaborativo, validante e non confrontativo, essenziale per il consolidamento dell'alleanza. È ampiamente documentato come la confutazione diretta del contenuto delirante risulta inefficace e potenzialmente iatrogena, potendo esacerbare la rigidità cognitiva e aumentare la diffidenza verso il terapeuta (Chadwick, Birchwood, 1994). Un approccio di sfida alle convinzioni può essere introdotto esclusivamente in fasi avanzate del percorso, laddove la relazione terapeutica e la consapevolezza del disturbo risultino ormai stabilizzate (Fowler, 1995).

Inizialmente l'intervento privilegia l'esplorazione condivisa delle interpretazioni soggettive, attraverso l'analisi ABC, e la promozione del cosiddetto “empirismo collaborativo” (Beck *et al.*, 2009), volto a sollecitare curiosità e dubbio sulle esperienze psicotiche.

Il modello ABC concettualizza i deliri come delle B, cioè delle interpretazioni deliranti di un evento (A) che possono essere o non essere associate a una sofferenza nel punto C. Il delirio sottende sempre un'inferenza esplicita, mentre le valutazioni sono generalmente implicite, e richiedono tecniche di *laddering* per essere estratte. Attraverso i diari ABC e il monitoraggio in seduta è possibile identificare sia gli antecedenti dei deliri (che possono essere attivati da anomalie percettive, credenze valutative, motivazioni psicologiche a proteggersi etc.) sia quelle situazioni nelle quali il pensiero delirante non si manifesta.

Nel lavoro sui deliri, l'intervento cognitivo si articola in una fase iniziale di normalizzazione e psicoeducazione, volta a collocare le credenze deliranti all'interno di un *continuum* di esperienze umane, riducendo il senso di alienazione e di stigma. La normalizzazione non implica la validazione del contenuto delirante, ma la legittimazione del vissuto emotivo e del tentativo del paziente di dare senso a esperienze percepite come minacciose o incomprensibili (Kingdon, Turkington, 2005). Il terapeuta,

riconoscendo la plausibilità delle spiegazioni del paziente alla luce delle sue esperienze, valida la sua sofferenza, senza accettare completamente le convinzioni del paziente. Difatti, colludere con le idee deliranti comprometterebbe la successiva fase di esplorazione delle prove a favore e contro la credenza, di valutazione di spiegazioni alternative e di analisi di costi e benefici del mantenimento del delirio (Garety *et al.*, 2001).

Centrale nell'intervento sui deliri persecutori è la riduzione dei *bias* cognitivi, in particolare il *jumping to conclusions*, il *bias* di conferma e il ragionamento emotivo, che contribuiscono alla formazione e al mantenimento della convinzione delirante (Garety *et al.*, 1991). Mediante esperimenti comportamentali e compiti esperienziali, il paziente impara a rallentare il processo inferenziale, a tollerare l'incertezza e a sospendere il giudizio (Freeman, Garety, 2003).

Parallelamente, si interviene sui comportamenti di sicurezza e di evitamento che, sebbene riducano temporaneamente l'ansia, impediscono la disconferma empirica delle credenze minacciose e contribuiscono al mantenimento dell'interpretazione delirante (Freeman, 2007). Gli esperimenti comportamentali, pianificati gradualmente, permettono di testare ipotesi alternative, riducendo progressivamente il senso di minaccia percepita. La pianificazione di una ristrutturazione richiede al terapeuta una preventiva valutazione dei costi del cambiamento delle convinzioni, qualora il delirio svolga una funzione protettiva rispetto alla sofferenza emotiva.

Per quanto riguarda le allucinazioni, in particolare quelle uditive, l'intervento CBTp si sposta dalle caratteristiche formali di frequenza e intensità alle credenze metacognitive riguardanti la natura, il potere e l'intenzionalità delle voci (Chadwick, Birchwood, 1994). L'obiettivo è quello di agire sui fattori che rendono l'esperienza allucinatoria angosciante per il paziente (Beck *et al.*, 2009), per riuscire a convivere con il sintomo, senza esserne condizionato nella quotidianità. Numerosi studi hanno evidenziato come l'angoscia associata alle allucinazioni sia maggiormente correlata alle attribuzioni di onnipotenza, onniscienza e incontrollabilità delle voci, piuttosto che alla loro semplice presenza (Morrison, 2001). Difatti, alti livelli di sofferenza e depressione si riscontrano anche in coloro che percepiscono ordini innocui ("prepara una tazza di tè") o che implicano trasgressioni sociali più lievi ("gridare in pubblico"), in quanto percepiti come espressione di potere assoluto (Shawyer *et al.*, 2003; Trower *et al.*, 2004). Nonostante la severità dei comandi possa variare, è stato riscontrato che il 48% delle allucinazioni imperative stimoli azioni dannose o pericolose (Shawyer *et al.*, 2003) e che questo tasso aumenti fino al 69% nei pazienti in regime di ricovero (Rogers *et al.*, 2002) e fino all'83% nella popolazione forense (Shawyer *et al.*, 2003). Tuttavia la mera presenza delle allucinazioni imperative non è sufficiente a determinare l'obbedienza alle stesse ma la relazione è mediata dalle credenze sugli ordini (potere della voce e possibilità di controllarla; obbedienza o resistenza alla voce; natura della voce; scopo e significato della voce), credenze che si mantengono attraverso una serie di comportamenti di evitamento e di

sicurezza (Braham *et al.*, 2004). In questa prospettiva, il terapeuta aiuta il paziente a mettere in discussione le credenze di onnipotenza delle voci e della loro capacità di danneggiare e far vergognare la persona (Byrne *et al.*, 2006), promuovendo una relazione più distaccata e meno minacciosa con l'esperienza allucinatoria. Tecniche come il dialogo socratico, la ristrutturazione cognitiva, la modificazione delle risposte comportamentali alle voci e l'uso di strategie di *coping* alternative (ad esempio focalizzazione attentiva, *self-talk*, tecniche di *grounding*) si sono dimostrate efficaci nel ridurre il *distress* e aumentare il senso di controllo percepito (Morrison, 2001; Beck *et al.*, 2009).

Al fine di promuovere la percezione di controllo sulle allucinazioni uditive, l'intervento mira a rafforzare la capacità di resistenza della persona ai dettami delle voci, cercando prove contrarie alla loro onnipotenza, alla loro natura malevola e alla loro capacità di punire o danneggiare il soggetto. Parallelamente viene sviluppato un piano individuale in grado di identificare i fattori che amplificano o attenuano l'esperienza allucinatoria, correlandoli alla storia di vita del soggetto; tale inquadramento è essenziale per contestualizzare la genesi e la natura dei sintomi, aumentare l'autoefficacia e progettare strategie a medio e lungo termine volte alla prevenzione dalle ricadute.

In questa cornice, vengono esplorati i meccanismi di *coping* già utilizzati dal soggetto, proponendone di più adattivi, per favorire la riduzione dello *stress* soggettivo provocato dalle voci (Tarrier *et al.*, 1990). Un protocollo di rilievo è il *Coping Strategy Enhancement* (CSE), un programma articolato in sette punti finalizzato all'implementazione di strategie diversificate, classificabili in quattro aree principali: strategie cognitive (focalizzate sullo spostamento o sul restringimento dell'attenzione e sull'uso di autoistruzioni), strategie comportamentali (rivolte alla modulazione dei livelli di attività e dei contatti sociali, nonché all'esercizio del giudizio di realtà), strategie sensoriali (basate sulla modifica mirata degli stimoli ambientali), strategie fisiologiche (orientate alla regolazione degli stati di attivazione mediante tecniche di respirazione e rilassamento) (*ibidem*). La sostituzione dei comportamenti di evitamento e di sicurezza, alla base del mantenimento delle credenze, con strategie di *coping* funzionali è un passaggio fondamentale per permettere al paziente di esperire come la disobbedienza alle richieste della voce non generi le catastrofiche conseguenze minacciate dalla stessa, mettendo così in discussione le credenze di onnipotenza e onniscienza delle voci e riducendo, al contempo, il senso di incontrollabilità del sintomo.

Un ulteriore target dell'intervento CBTp sui sintomi positivi riguarda la regolazione emotiva. Ansia, rabbia e depressione non solo accompagnano frequentemente deliri e allucinazioni, ma ne amplificano l'intensità e la pervasività, alimentando il circolo vizioso della minaccia percepita (Birchwood, 2003). Pertanto, l'integrazione di tecniche di gestione dell'ansia, *problem solving* e modulazione dell'*arousal* emotivo risulta imprescindibile per ridurre la vulnerabilità sintomatologica e prevenire le ricadute (Freeman, Garety, 2003). Contestualmente, l'intervento si estende alla ristrutturazione delle visioni

disfunzionali di sé e dell'altro (come le convinzioni di indegnità, cattiveria, pericolosità o la percezione degli altri come intrinsecamente ostili, inaffidabili, malevoli, aggressivi).

In conclusione, gli interventi CBT sui sintomi positivi si configurano come un processo graduale e flessibile, calibrato sui limiti cognitivi del paziente, sul livello di *insight* e sulla fase del disturbo. L'obiettivo finale non è la negazione dell'esperienza psicotica, quanto la costruzione di una distanza critica dai contenuti deliranti e allucinatori, accompagnata da una riduzione della sofferenza soggettiva e da un miglioramento del funzionamento globale (Beck *et al.*, 2009; Morrison, 2001).

Interventi sui sintomi negativi e sul funzionamento sociale

I sintomi negativi e le compromissioni del funzionamento sociale rappresentano una delle principali sfide cliniche, in quanto incidono profondamente sulla qualità di vita, sull'autonomia e sugli esiti a lungo termine del disturbo (Kring *et al.*, 2017). A differenza dei sintomi positivi, essi tendono a essere meno responsivi al trattamento farmacologico e, pertanto, ad avere un impatto devastante sul funzionamento a lungo termine, sulla qualità di vita e sulla capacità di *recovery* sociale, richiedendo un intervento psicoterapeutico mirato e strutturato (Beck *et al.*, 2009).

In ottica CBTp, i sintomi negativi – quali abulia, anedonia, alogia e appiattimento affettivo – non vengono concettualizzati esclusivamente come *deficit* primari di natura neurobiologica, ma anche come esiti secondari di processi cognitivi ed emotivi disfunzionali e di strategie di *coping* disadattive (Beck *et al.*, 2009; Lincoln *et al.*, 2017; Freeman, Garety, 2003). In questa prospettiva, l'evitamento, il ritiro sociale e la riduzione dell'attività non sono interpretati come mera mancanza di motivazione, bensì come risposte apprese a un mondo percepito come minaccioso, imprevedibile o emotivamente soverchiante.

Uno dei principali *target* dell'intervento CBT sui sintomi negativi riguarda le credenze disfunzionali relative al sé, agli altri e al futuro, spesso caratterizzate da aspettative di fallimento, convinzioni di incompetenza personale e anticipazioni di rifiuto sociale. Tali credenze disfattiste contribuiscono a ridurre l'iniziativa comportamentale e a mantenere l'isolamento, rinforzando il circolo vizioso tra inattività, riduzione delle esperienze gratificanti e peggioramento dell'umore (Beck *et al.*, 2009). L'intervento cognitivo mira, quindi, a identificare, monitorare e ristrutturare queste convinzioni, promuovendo una visione più flessibile e realistica delle proprie capacità e delle opportunità ambientali.

Dal punto di vista comportamentale, la CBT utilizza strategie di attivazione graduale per contrastare sintomi negativi quali apatia e inerzia. L'attivazione comportamentale viene adattata alle limitazioni cognitive e motivazionali del paziente, prevedendo obiettivi piccoli, concreti e raggiungibili, concordati in modo collaborativo. Questo approccio consente di incrementare progressivamente il livello di attività, favorendo esperienze di padronanza e piacere, che fungono da correttivi alle credenze disfunzionali (Grant *et al.*, 2012).

Un aspetto centrale dell'intervento riguarda la distinzione tra anedonia anticipatoria e anedonia consumatoria. Numerose ricerche hanno evidenziato come i pazienti con schizofrenia mostrino una relativa preservazione della capacità di provare piacere nel momento presente, a fronte di una marcata riduzione dell'aspettativa di piacere futuro (Kring *et al.*, 2017). Tale discrepanza viene affrontata lavorando sulle previsioni negative e sulle aspettative di scarso rinforzo, aiutando il paziente a raccogliere evidenze esperienziali alternative, attraverso il monitoraggio delle attività e delle emozioni associate.

Il trattamento dei sintomi negativi si intreccia inevitabilmente con il lavoro sul funzionamento sociale, frequentemente compromesso nelle psicosi. L'isolamento sociale, la ridotta competenza comunicativa e la difficoltà nel mantenere relazioni significative sono spesso il risultato dell'interazione tra *deficit* cognitivi, esperienze di stigma e paura del giudizio altrui (Birchwood, 2003). In questo contesto, la CBTp integra interventi di *Social Skills Training* e di esposizione graduale alle situazioni sociali temute, con l'obiettivo di ridurre l'ansia sociale, migliorare la comunicazione e la gestione delle interazioni interpersonali e aumentare la fiducia nelle proprie capacità relazionali (Bellack *et al.*, 1997). I *training* sulle abilità sociali sono interventi psicoeducazionali di matrice comportamentale, condotti in gruppo, che hanno l'obiettivo di incrementare le competenze sociali tramite lo sviluppo di abilità di base quali la capacità di esprimere i propri sentimenti positivi e negativi, il saper fare richieste e ascoltare gli altri, il saper gestire una conversazione o un conflitto interpersonale fino alla capacità di gestione della vita quotidiana e lavorativa (Bellack *et al.*, 1997). Il gruppo, strutturato da partecipanti con un simile livello di funzionamento e in fase di stabilità sintomatologica, lavora attraverso tecniche comportamentali quali: il *modeling* (apprendimento per osservazione), il rinforzo (aumenta o riduce la probabilità di riproduzione di un comportamento), il *coaching* (apprendimento tramite suggerimenti verbali nei giochi di ruolo), il *prompting* (apprendimento tramite suggerimenti non verbali), lo *shaping* (rinforzo di risposte progressivamente più simili al comportamento *target*), l'automatizzazione (ripetizione di un'abilità fino a diventare automatica), la generalizzazione (l'estensione delle abilità apprese nei diversi contesti del paziente) (Bellack *et al.*, 1997).

L'esposizione comportamentale, pianificata in modo gerarchico e supportata da un lavoro cognitivo sulle credenze anticipatorie, consente al paziente di testare ipotesi catastrofiche relative al rifiuto o al fallimento sociale. Il *focus* non è la *performance* perfetta, ma l'apprendimento esperienziale e la tolleranza dell'errore, elementi fondamentali per contrastare l'evitamento cronico e l'isolamento sociale (Freeman, Garety, 2003).

Un ulteriore fattore di mantenimento dei sintomi negativi è rappresentato dalla ruminazione e dalla preoccupazione cronica, che assorbono risorse cognitive e riducono la disponibilità all'azione. In linea con i modelli metacognitivi applicati alla psicosi, la CBTp interviene sulla cosiddetta "sindrome

cognitivo-attentiva” (CAS), promuovendo una maggiore flessibilità attentiva e una riduzione dell’iperfocalizzazione sulla minaccia e sull’autovalutazione negativa (Morrison, 2001).

Infine, è possibile utilizzare la *Compassion Focused Therapy* (CFT) come specifico strumento per il trattamento dei fattori di vulnerabilità delle psicosi, al fine di far sviluppare nel paziente un atteggiamento premuroso e caldo nei confronti di sé stesso e delle esperienze critiche interiori (Braehler *et al.*, 2013).

Nel complesso, gli interventi CBT sui sintomi negativi e sul funzionamento sociale mirano a interrompere il circolo vizioso tra credenze disfunzionali, evitamento comportamentale e impoverimento delle esperienze di vita. L’obiettivo terapeutico non è soltanto la riduzione sintomatologica, ma il recupero di un senso di agentività personale e di partecipazione attiva alla vita sociale, in linea con i principi della *recovery-oriented practice* (Beck *et al.*, 2009; Perdighe, Gragnani, 2021).

Il ruolo della famiglia e il family work nella CBTp

Nel trattamento cognitivo-comportamentale delle psicosi, il coinvolgimento della famiglia rappresenta un elemento clinico di primaria importanza, in quanto il contesto familiare costituisce uno dei principali ambienti di vita del paziente e può influenzare in modo significativo l’andamento del disturbo, la frequenza delle ricadute e il livello di funzionamento globale (Falloon *et al.*, 1985; Birchwood, 2003). Le rassegne suggeriscono che la psicoeducazione alla famiglia riduce i ricoveri ospedalieri e migliora la *compliance* al trattamento farmacologico, il decorso e la prognosi del disturbo (Xia *et al.*, 2011).

In quest’ottica, il *family work* in CBTp non si configura come un intervento accessorio, ma come una componente strutturale della presa in carico integrata.

La letteratura ha ampiamente dimostrato come alcuni fattori relazionali familiari, in particolare l’elevata *Expressed Emotion* (EE), siano associati a un aumento del rischio di ricaduta nei disturbi psicotici (Wynne, Singer, 1963; Butzlaff, Hooley, 1998; Addington *et al.*, 2003; Kuipers *et al.*, 2006). Alti livelli di EE sono associati ad un clima familiare caratterizzato da potenti *stressor* ambientali quali criticismo, ostilità e ipercoinvolgimento emotivo che, interagendo con la vulnerabilità individuale del paziente, possono riattivare la sintomatologia psicotica secondo il modello stress-vulnerabilità (Brown *et al.*, 1972; Zubin, Spring, 1977).

Il *family work* in CBTp mira pertanto a ridurre tali fattori di rischio, promuovendo modalità comunicative più funzionali e un clima relazionale maggiormente supportivo. Un obiettivo centrale dell’intervento con la famiglia è la psicoeducazione, intesa non come mera trasmissione di informazioni sul disturbo, ma come un processo collaborativo, volto a costruire una comprensione condivisa dell’esperienza psicotica. Attraverso la psicoeducazione, i familiari vengono aiutati a interpretare i sintomi non come comportamenti intenzionali o oppositivi, ma come espressioni di un disagio psicologico complesso,

riducendo lo stigma, il rischio di attribuzioni colpevolizzanti e di reazioni emotive disfunzionali (Falloon *et al.*, 1985; Kuipers *et al.*, 2010).

In linea con i principi CBT, la psicoeducazione familiare integra una lettura cognitiva dei sintomi, illustrando il ruolo delle interpretazioni, delle emozioni e dei comportamenti di *coping* nel mantenimento del disturbo. Questo approccio favorisce una maggiore empatia verso il paziente e incrementa la capacità dei familiari di rispondere ai sintomi in modo meno reattivo e più funzionale, riducendo l'*escalation* emotiva all'interno del sistema familiare (Kuipers *et al.*, 2010).

Un ulteriore *focus* del *family work* riguarda l'analisi e la modificazione dei *pattern* comunicativi disfunzionali. La CBTp familiare interviene per migliorare le abilità di comunicazione, promuovendo l'uso di messaggi chiari, diretti e non giudicanti, e per ridurre comportamenti critici o iperprotettivi che, sebbene mossi da intenzioni di cura, possono rinforzare l'evitamento e la dipendenza del paziente (Birchwood, 2003). Attraverso esercizi pratici e *role-playing*, i familiari apprendono modalità comunicative più efficaci, in grado di sostenere l'autonomia e l'autoefficacia del soggetto.

Il *family work* della CBTp include inoltre interventi di *problem solving*, finalizzati ad affrontare in modo collaborativo le difficoltà quotidiane legate alla gestione dei sintomi residui, dell'aderenza al trattamento e del funzionamento sociale. Il *problem solving* consente di ridurre il carico percepito dai familiari, aumentando il senso di controllo e di competenza nella gestione della malattia, e la prevenzione dall'insorgenza di dinamiche di *burnout* e impotenza appresa (Falloon *et al.*, 1985; Kuipers *et al.*, 2010). Nello specifico, i familiari vengono aiutati a riconoscere e gestire il proprio *caregiver burden* (carico assistenziale) e a stabilire confini sani, che riducano l'ipercoinvolgimento emotivo disfunzionale. Particolare attenzione viene dedicata al ruolo della famiglia nel supportare il percorso di *recovery* del paziente. In quest'ottica i familiari vengono incoraggiati a sostenere obiettivi realistici e personalizzati, evitando aspettative utopistiche di guarigione immediata o, al contrario, atteggiamenti rinunciatari, che possono rinforzare i sintomi negativi e il ritiro sociale (Birchwood, 2003). La CBTp familiare aiuta a bilanciare supporto e autonomia, favorendo un ambiente che promuova l'iniziativa personale e la partecipazione attiva alla vita sociale.

Infine, il *family work* svolge una funzione preventiva fondamentale nella riduzione delle ricadute. Numerosi studi hanno dimostrato che gli interventi familiari strutturati, integrati con il trattamento farmacologico e psicoterapeutico individuale, riducono significativamente il tasso di ricaduta e migliorano il funzionamento globale del paziente nel medio e lungo termine (Falloon *et al.*, 1985; Kuipers *et al.*, 2010). In questo senso, la famiglia viene concepita come una risorsa terapeutica attiva, parte integrante del processo di cura e non semplice spettatrice del percorso clinico.

Bibliografia

- Abi-Dargham, A., & Grace, A.A. (2011). Dopamine and schizophrenia. In D.R. Weinberger, & P.J. Harrison (a cura di), *Schizophrenia* (3rd ed., pp. 413-432). Wiley-Blackwell.
- Addington, J., Coldham, E.L., Jones, B., Ko, T., & Addington, D. (2003). The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 285-289.
- Addington, J., & Heinssen, R. (2012). Prediction and prevention of psychosis in youth at clinical high risk. *Annual review of clinical psychology*, 8(1), 269-289.
- Altamura, A.C., Camuri, G., & Dell'Osso, B. (2010). Una revisione critica sul ruolo della durata di malattia non trattata nei disturbi psichiatrici. *Rivista di Psichiatria*, 45(4), 197-208.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N.C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39(7), 784-788.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., & Grant, P. (2009). *Schizophrenia: Cognitive theory, research and therapy*. New York: The Guilford Press.
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., & Gingerich, S. (1997). *Social skills training for schizophrenia*. New York: The Guilford Press. Trad. it. Social skills training per il trattamento della schizofrenia. Torino: Centro Scientifico Editore, 2003.
- Bentall, R.P. (1990). The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, 82-95.
- Bentall, R.P., Claridge, G.S., & Slade, P.D. (1989). The multidimensional nature of schizotypal traits: A factor analytic study with normal subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 28(4), 363-375.
- Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143-1192.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 458-475.
- Birchwood, M. (2003). Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 373-375.

- Birchwood, M., & Trower, P. (2006). The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 107-108.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox, oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Franz Deuticke. Trad. It. Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie. Roma: NIS, 1985.
- Bloomfield, M.A., McCutcheon, R.A., Kempton, M., Freeman, T.P., & Howes, O. (2019). The effects of psychosocial stress on dopaminergic function and the acute stress response. *Elife*, 8, e46797.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214.
- Braham, L.G., Trower, P., & Birchwood, M. (2004). Acting on command hallucinations and dangerous behavior: A critique of the major findings in the last decade. *Clinical Psychology Review*, 24(5), 513-528.
- Brown, G.W., Birley, J L., & Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *The British Journal of Psychiatry*, 121(562), 241-258.
- Butzlaff, R.L., & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Byrne, S., Birchwood, M., Trower, P.E., & Meaden, A. (2006). *A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for Command Hallucinations: A Social Rank Theory Approach* (1st ed.). London: Routledge.
- Cassano, G.B., & Tundo, A. (2006). *Psicopatologia e clinica psichiatrica*. Torino: UTET.
- Castelfranchi, C., Mancini, F., & Miceli, M. (2002). *Fondamenti di Cognitivismo Clinico*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Chadwick, P., & Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *The British Journal of Psychiatry*, 164(2), 190-201.
- Davidson, D. (1985). Deception and division. In E. LePore, & B. McLaughlin (a cura di), *Action and Events* (pp. 138-148). Oxford: Blackwell.
- Davis, J., Eyre, H., Jacka, F.N., Dodd, S., Dean, O., McEwen, S., Debnath, M., McGrath, J., Maes, M., Amminger, P., McGorry, P.D., Pantelis, C., & Berk, M. (2016). A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 65, 185-194.

- Duhig, M., Patterson, S., Connell, M., Foley, S., Capra, C., Dark, F., Gordon, A., Singh, S., Hides, L., McGrath, J.J., & Scott, J. (2015). The prevalence and correlates of childhood trauma in patients with early psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 651-659.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., & Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771.
- Falloon, I.R., Boyd, J.L., & McGill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: The Guilford Press.
- Favaro, A., & Sambataro, F. (2021). *Manuale di psichiatria*. Padova: Piccin.
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425-457.
- Freeman, D., & Garety, P.A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41(8), 923-947.
- Frith, C.D., & Corcoran, R. (1996). Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26(3), 521-530.
- Garety, P.A., Hemsley, D.R., & Wessely, S.M.R.C. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: Biases in performance on a probabilistic inference task. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(4), 194-201.
- Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189-195.
- Gerra, G., Leonardi, C., Cortese, E., Zaimovic, A., Dell'Agnello, G., Manfredini, M., Somaini, L., Petracca, F., Caretti, V., Raggi, M. A., & Donnini, C. (2009). Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: Relation with psychiatric symptoms and biological correlates. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(4), 601-610.
- Gilleen, J., & David, A.S. (2005). The cognitive neuropsychiatry of delusions: from psychopathology to neuropsychology and back again. *Psychological Medicine*, 35(1), 5-12.
- Godini, L., Lelli, L., Campone, B., Ciampi, E., Corsi, E., Cravaro, V.R., & Ballerini, A. (2015). Salienza: clinica, psicopatologia e neurobiologia. *Rivista di Psichiatria*, 50(6), 255-264.
- Grant, P.M., Huh, G.A., Perivoliotis, D., Stolar, N.M., & Beck, A.T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69(2), 121-127.

- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J., & Linz, M. (1987). *Bonn scale for the assessment of basic symptoms–BSABS*. Berlin: Springer.
- Gumley, A., O’Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33(3), 419-431.
- Gumley, A.I., Taylor, H.E.F., Schwannauer, M., & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 257-274.
- Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Steel, C., Evans, J., Garety, P., Kuipers, E., Bebbington, P., & Dunn, G. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 501-507.
- Heinrichs, D.W., Hanlon, T.E., & Carpenter Jr, W.T. (1984). The Quality of Life Scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-398.
- Howes, O.D., Whitehurst, T., Shatalina, E., Townsend, L., Onwordi, E.C., Mak, T.L.A., Arumham, A., O’Brien, O., Lobo, M., Vano, L., Zahid, U., Butler, E., & Osugo, M. (2021). The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(1), 75-95.
- Ingram, R.E., & Luxton, D.D. (2005). Vulnerability-stress models. In B.L. Hankin, & J.R.Z. Abela (a cura di), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (1st ed., pp. 32-46). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Jaspers, K. (1946). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer. Trad. it. *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1964.
- Kaney, S., & Bentall, R.P. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Medical Psychology*, 62(2), 191-198.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13-23.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Keepers, G.A., Fochtmann, L.J., Anzia, J.M., Benjamin, S., Lyness, J.M., Mojtabai, R., Servis, M., Walaszek, A., Buckley, P., Lenzenweger, M.F., Young, A.S., Degenhardt, A., & Hong, S.H. (2020). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 177(9), 868-872.

- Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Ramsay, H., Wasserman, C., Carli, V., Sarchiapone, M., Hoven, C., Wasserman, D., & Cannon, M. (2013). Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 734-741.
- Kendler, K.S., Karkowski-Shuman, L., & Walsh, D. (1996). Age at onset in schizophrenia and risk of illness in relatives: Results from the Roscommon Family Study. *The British Journal of Psychiatry*, 169(2), 213-218.
- Kessler, H., Bayerl, P., Deighton, R.M., & Traue, H.C. (2002). Facially expressed emotion labeling (FEEL): PC-gestützter test zur Emotionserkennung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23(3), 297-306.
- Kingdon, D.G., & Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- Korver-Nieberg, N., Fett, A.K.J., Meijer, C.J., Koeter, M.W., Shergill, S.S., de Haan, L., & Krabbendam, L. (2013). Theory of mind, insecure attachment and paranoia in adolescents with early psychosis and healthy controls. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(8), 737-745.
- Kraepelin, E. (1893). *Psychiatrie: ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte*. Leipzig: Abel.
- Kring, A.M., Davison, G.C., Neale, J.M., & Johnson, S.L. (2017). *Psicologia clinica* (5th ed., pp. 247–280). Bologna: Zanichelli.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Freeman, D., Dunn, G., & Bebbington, P. (2006). Cognitive, emotional, and social processes in psychosis: refining cognitive behavioral therapy for persistent positive symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(suppl_1), S24–S31.
- Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196(4), 259–265.
- Kumari, V., Fannon, D., Peters, E.R., Ffytche, D.H., Sumich, A.L., Premkumar, P., Anilkumar, A.P., Andrew, C., Phillips, M.L., Williams, S.C.R., & Kuipers, E. (2011). Neural changes following cognitive behaviour therapy for psychosis: a longitudinal study. *Brain*, 134(8), 2396-2407.
- Kumari, V., & Terca, T. (2017). Cognitive behaviour therapy for psychosis: insights from neuroimaging. *J Neuroimaging Psychiatry Neurol*, 2(1), 11-19.
- Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R., & Jeste, D.V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(10), 892-909.
- Larsson, S., Andreassen, O.A., Aas, M., Røssberg, J.I., Mork, E., Steen, N.E., Barrett, E.A., Lagerberg, T.V., Peleikis, D., Agartz, I., Melle, I., & Lorentzen, S. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 123-127.

- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Drake, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., Faragher, B., & Dunn, G. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 181(S43), s91-s97.
- Liberman, R.P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256–272.
- Lieberman, J.A. (2007). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia: efficacy, safety, and cost outcomes of CATIE and other trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), e04.
- Lincoln, T.M., Riehle, M., Pillny, M., Helbig-Lang, S., Fladung, A.K., Hartmann-Riemer, M., & Kaiser, S. (2017). Using functional analysis as a framework to guide individualized treatment for negative symptoms. *Frontiers in Psychology*, 8, 2108.
- Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lorenzini, R., & Coratti, B. (2008). *La dimensione delirante. Psicoterapia cognitiva della follia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lysaker, P.H., Buck, K.D., & Ringer, J. (2007). The recovery of metacognitive capacity in schizophrenia across 32 months of individual psychotherapy: A case study. *Psychotherapy Research*, 17(6), 713-720.
- Maj, M., van Os, J., De Hert, M., Gaebel, W., Galderisi, S., Green, M. F., Guloksuz, S., Harvey, P. D., Jones, P. B., Malaspina, D., McGorry, P., Miettunen, J., Murray, R. M., Nuechterlein, K. H., Peralta, V., Thornicroft, G., van Winkel, R., & Ventura, J. (2021). The clinical characterization of the patient with primary psychosis aimed at personalization of management. *World Psychiatry*, 20(1), 4-33.
- Mander, H., & Kingdon, D., (2015). The evolution of cognitive-behavioral therapy for psychosis. *Psychology Research and Behavior Management*, 8, 63-69.
- Mc Glanaghy, E., Turner, D., Davis, G.A., Sharpe, H., Dougall, N., Morris, P., Prentice, W., & Hutton, P. (2021). A network meta-analysis of psychological interventions for schizophrenia and psychosis: Impact on symptoms. *Schizophrenia Research*, 228, 447-459.
- McDonald-McGinn, D.M., Sullivan, K.E., Marino, B., Philip, N., Swillen, A., Vorstman, J.A., Zackai, E.H., Emanuel, B.S., Vermeesch, J.R., Morrow, B.E., Scambler, P.J., & Bassett, A.S. (2015). 22q11.2 deletion syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 15071.
- McGowan, S., Lawrence, A.D., Sales, T., Quested, D., & Grasby, P. (2004). Presynaptic dopaminergic dysfunction in schizophrenia: a positron emission tomographic [18F] fluorodopa study. *Archives of General Psychiatry*, 61(2), 134-142.

- Mickelson, K.D., Kessler, R.C., & Shaver, P.R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-1106.
- Moritz, S., & Woodward, T.S. (2007). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry*, 10(3), 69-78.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Bohn, F., Hottenrott, B., Scheu, F., Randjbar, S., Aghotor, J., Köther, U., Woodward, T.S., Treszl, A., Andreou, C., Pfueller, U., & Roesch-Ely, D. (2013). Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 61-69.
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., & Woodward, T.S. (2011). Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine*, 41(9), 1823-1832.
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 257-276.
- Morrison, A.P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G., Christodoulides, T., Dudley, R., Chapman, N., Callcott, P., Grace, T., Lumley, V., Drage, L., Tully, S., Irving, K., Cummings, A., Byrne, R., Davies, L.M., & Hutton, P. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: A single-blind randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9926), 1395-1403.
- Murphy, K.C. (2002). Schizophrenia and velo-cardio-facial syndrome. *The Lancet*, 359(9304), 426-430.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management* (Clinical Guideline CG178). www.nice.org.uk/guidance/cg178
- Nuechterlein, K.H., Green, M.F., Kern, R.S., Baade, L.E., Barch, D.M., Cohen, J.D., Essock, S., Fenton, W.S., Frese, F.J., III, Gold, J.M., Goldberg, T., Heaton, R.K., Keefe, R.S.E., Kraemer, H., Mesholam-Gately, R., Seidman, L.J., Stover, E., Weinberger, D.R., Young, A.S., Zalcman, S., & Marder, S.R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part 1: Test selection, reliability, and validity. *The American Journal of Psychiatry*, 165(2), 203-213.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P.Y., Cooper, J.L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M.M., Huang, Y., Jordans, M.J.D., Kleinman, A., Medina-Mora, M.E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
- Perdighe, C., & Gragnani, A. (2021). *Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- Popolo, R., Vinci, G., & Balbi, A. (2013). *Interventi precoci nelle psicosi*. Roma: Alpes Italia.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P., & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.
- Rogers, P., Watt, A., Gray, N.S., MacCulloch, M., & Gournay, K. (2002). Content of command hallucinations predicts self-harm but not violence in a medium secure unit. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 13(2), 251-262.
- Sanavio, E. (2016). *Manuale di psicopatologia e psicodiagnostica*. Bologna: Il Mulino.
- Sarin, F., & Wallin, L. (2014). Cognitive model and cognitive behavior therapy for schizophrenia: an overview. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(3), 145-153.
- Sarteschi, P., & Maggini, C., (1982). *Manuale di Psichiatria*. Bologna: Monduzzi Editoriale.
- Schneider, K. (1966). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. Trad. it. Psicopatologia clinica. Roma: Città Nuova, 1983.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238-261.
- Shawyer, F., Mackinnon, A., Farhall, J., Trauer, T., & Copolov, D. (2003). Command hallucinations and violence: implications for detention and treatment. *Psychiatry, Psychology and Law*, 10(1), 97-107.
- Simonsen, E., Friis, S., Opjordsmoen, S., Mortensen, E.L., Haahr, U., Melle, I., Joa, I., Johannessen, J.O., Larsen, T.K., Røssberg, J.I., Rund, B.R., Vaglum, P., & McGlashan, T.H. (2010). Early identification of non-remission in first-episode psychosis in a two-year outcome study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(5), 375-383.
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D.M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M.J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J., & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3-10.
- Tarrier, N., Harwood, S., Yusopoff, L., Beckett, R., & Baker, A. (1990). Coping strategy enhancement (CSE): a method of treating residual schizophrenic symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 18(4), 283-293.
- Thompson, A., Marwaha, S., & Broome, M.R. (2016). At-risk mental state for psychosis: identification and current treatment approaches. *BJPsych Advances*, 22(3), 186-193.
- Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A., & Ross, K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 184(4), 312-320.

- Uhart, M., & Wand, G.S. (2009). Stress, alcohol and drug interaction: an update of human research. *Addiction Biology*, 14(1), 43-64.
- Valle, R. (2020). Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 13(2), 95–104.
- Van, L., Boot, E., & Bassett, A.S. (2017). Update on the 22q11. 2 deletion syndrome and its relevance to schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(3), 191-196.
- Van Os, J. (2003). Is there a continuum of psychotic experiences in the general population?. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 12(4), 242-252.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R.V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population?. *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 11-20.
- Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-195.
- Van Os, J., & Linscott, R.J. (2012). Introduction: the extended psychosis phenotype—relationship with schizophrenia and with ultrahigh risk status for psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 227-230.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & Bentall, R.P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671.
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K.H., Liberman, R.L., Green, M.F., & Shaner, A. (1993). Brief psychiatric rating scale (BPRS). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 3, 227-243.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). Geneva: World Health Organization.
- Wynne, L.C., & Singer, M.T. (1963). Thought disorder and family relations of schizophrenics: I. A research strategy. *Archives of General Psychiatry*, 9(3), 191–198.
- Xia, J., Merinder, L.B., & Belgamwar, M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Yung, A.R., & McGorry, P.D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin* 22(2), 353–370.
- Yung, A.R., Yung, A.R., Pan Yuen, H., McGorry, P.D., Phillips, L.J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S.M., Cosgrave, E.M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., & Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(11-12), 964-971.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126.

Chiara Fesi, Psicologa Psicoterapeuta, Palermo (PA)
Specializzata in Psicoterapia cognitivo comportamentale (IGB)
Training Basile, Fadda e Gragnani
e-mail: chiara.fesi.psy@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 ruolo dell'Imagery Rescripting (IR) nel trattamento della sfera dei disturbi dell'alimentazione: una valutazione sistematica della letteratura

Simona Solaro¹

¹Psicologa Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale

Scuola di Psicoterapia Cognitiva IGB Palermo

Riassunto

Il presente elaborato offre una revisione sistematica della letteratura sull'Imagery Rescripting (IR) applicata ai Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA). Dopo aver delineato i fondamenti teorici dell'IR (memoria autobiografica, equivalenza funzionale dell'immaginazione, riconsolidamento), vengono descritti i meccanismi di cambiamento emotivi, cognitivi e comportamentali e le principali applicazioni cliniche. La revisione, condotta secondo le linee guida PRISMA su studi pubblicati tra il 2010 e il 2024, ha incluso otto lavori con protocolli spesso brevi, erogati in presenza e online, su campioni clinici e subclinici. Nei gruppi ad alto rischio l'IR riduce la vividezza e l'impatto emotivo delle immagini corporee intrusive, mentre gli esiti su soddisfazione corporea e comportamenti alimentari risultano variabili e poco stabili ai brevi follow-up. Nei campioni clinici con diagnosi conclamata di Bulimia Nervosa e di Disturbo da Alimentazione Incontrollata emergono esiti più consistenti (riduzione di abbuffate e convinzioni disfunzionali; incremento di emozioni positive); nei casi di Anoressia Nervosa alcuni dati suggeriscono il valore dell'alleanza terapeutica in setting individuale. Pur in presenza di una base empirica ancora in sviluppo, caratterizzata da un numero limitato di studi e da approcci metodologici eterogenei, le evidenze disponibili convergono nel suggerire l'IR come opzione promettente e complementare ai trattamenti evidence-based (CBT-E, MANTRA). In prospettiva, appare utile promuovere una maggiore standardizzazione dei protocolli, rafforzare la continuità dell'intervento, estendere i follow-up e calibrare l'applicazione in funzione della fase di malattia e del profilo clinico del paziente.

Parole Chiave: Riscrittura Immaginativa, Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione, Immagine corporea, Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da alimentazione incontrollata, Comportamenti alimentari disfunzionali.

Simona Solaro, Il ruolo dell'Imagery Rescripting (IR) nel trattamento della sfera dei disturbi dell'alimentazione: una valutazione sistematica della letteratura, N. 36, 2025, pp. 97-123.

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

Summary

This paper presents a systematic review of the literature on Imagery Rescripting (IR) for Eating Disorders (EDs). It outlines the theoretical foundations of IR (autobiographical memory, the functional equivalence of imagery, and reconsolidation), describes mechanisms of change at the emotional, cognitive, and behavioral levels, and summarizes the main clinical applications. Conducted in accordance with PRISMA guidelines on studies published between 2010 and 2024, the review includes eight studies employing predominantly brief protocols, delivered both in person and online, across clinical and subclinical samples. In high-risk groups, IR reduces the vividness and emotional impact of intrusive, body-related images, whereas outcomes for body satisfaction and eating behaviors are variable and show limited stability at short follow-up. In clinical samples with a formal diagnosis of Bulimia Nervosa and Binge-Eating Disorder, more consistent benefits emerge (reductions in binge episodes and dysfunctional beliefs; increases in positive affect); while in Anorexia Nervosa some findings highlight the value of the therapeutic alliance in individual setting. Despite an evidence base still in development, characterized by a limited number of studies and methodological heterogeneity, the available data converge in identifying IR as a promising and complementary option to evidence-based treatments (CBT-E, MANTRA). Looking ahead, greater protocol standardization, strengthened continuity of care, extended follow-up, and tailoring implementation to illness phase and clinical profile appear warranted.

Key words: Imagery Rescripting, Eating Disorders, Body Image, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, Disordered Eating.

Introduzione

Negli ultimi decenni, le tecniche terapeutiche di tipo emotivo-esperienziali hanno iniziato ad assumere un ruolo centrale all'interno della psicoterapia, suscitando crescente interesse sia in ambito scientifico che clinico. In tal senso, *l'Imagery Rescripting* (IR) rappresenta una tecnica innovativa, in grado di trasformare il significato soggettivo dei ricordi dolorosi attraverso l'uso guidato dell'immaginazione. Distinguendosi dagli approcci espositivi, l'IR ha come obiettivo non solo la desensibilizzazione del ricordo traumatico, ma principalmente la sua ristrutturazione emotiva e narrativa, favorendo un cambiamento profondo e duraturo nella percezione di sé. L'interesse per le tecniche di *rescripting* si è intensificato soprattutto dagli anni Novanta del secolo scorso, sebbene le sue radici siano molto più antiche. Già nel 1889, infatti, Pierre Janet descriveva esercizi di immaginazione guidata che invitavano i pazienti a modificare i propri ricordi traumatici (Van der Hart et al., 1989). Negli anni Settanta e Ottanta, le terapie comportamentali hanno sviluppato procedure strutturate di immaginazione, come la desensibilizzazione sistematica e il controcondizionamento, anticipando alcuni principi fondamentali dell'IR (Arntz, 2012; Edwards, 2007). La formalizzazione della tecnica nella pratica clinica moderna è attribuita al lavoro di Smucker e colleghi nel 1995, che ha inaugurato un crescente interesse empirico sulla sua efficacia (Smucker et al., 2016).

Questa tecnica viene utilizzata in vari contesti clinici e con diverse modalità applicative, e ha mostrato risultati incoraggianti in una vasta gamma di disturbi psicopatologici, tra cui PTSD, disturbi dell'umore, ansia sociale, disturbi di personalità e, più recentemente, i Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione

(DNA) (Zhou, Pennesi & Wade, 2023). Proprio in quest' ultimo ambito, molto complesso e caratterizzato da elevata sofferenza emotiva, elevati tassi di cronicizzazione e resistenza al trattamento, l'IR si sta rilevando come uno strumento terapeutico integrativo con potenzialità ancora in via di esplorazione sistematica. Alla luce dei recenti sviluppi, la presente tesi vuole costruire un'analisi teorico-applicativa e una valutazione metodica della letteratura esistente sull'impiego dell'*Imagery Rescripting* nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA), con l'obiettivo di comprenderne le potenzialità, i limiti attuali e le prospettive future di integrazione nei protocolli terapeutici standard.

L'interesse verso la tematica oggetto della tesi nasce dalla crescente consapevolezza, maturata nel corso della mia formazione e grazie all'approfondimento teorico-clinico, della rilevanza e potenzialità di approcci terapeutici che siano capaci di integrare il piano cognitivo con quello emotivo ed esperienziale. I DNA, in particolare, presentano spesso una complessità che va oltre i comportamenti visibili legati al cibo, coinvolgendo dimensioni profonde della storia personale, del senso di sé e della relazione con il proprio corpo.

In tal senso, l'IR si configura come una tecnica in grado di intervenire su ricordi precoci, esperienze traumatiche o umilianti, immagini intrusive e vissuti legati alla vergogna e all'autocritica, elementi frequentemente riscontrabili nei percorsi clinici di persone affette da DNA. La possibilità di esplorare e valutare, attraverso una revisione sistematica della letteratura, l'efficacia e le modalità di utilizzo di questa metodologia all'interno di un ambito così delicato, rappresenta un'opportunità non solo di approfondimento accademico, ma anche di contributo alla riflessione clinica su approcci operativi più umani, flessibili ed efficaci.

Il presente lavoro è strutturato in tre capitoli, con un percorso coerente e progressivo che parte da inquadramento teorico dell'IR, per poi approfondirne le potenzialità applicative nell'ambito dei disturbi alimentari, fino ad arrivare a un'analisi sistematica della letteratura scientifica attualmente disponibile sul tema.

Nel primo capitolo viene introdotta la tecnica dell'IR: dopo averne fornito una definizione chiara, si approfondiscono in modo dettagliato i fondamenti teorici alla base, mettendo in luce i meccanismi di cambiamento che si attivano durante il processo terapeutico. In particolare, viene indagato come l'IR sia in grado di incidere sulle memorie autobiografiche e sull'elaborazione delle immagini mentali intrusive, contribuendo a promuovere trasformazioni significative non solo sul piano emotivo, ma anche su quello cognitivo e comportamentale. Inoltre, viene svolta un'analisi delle applicazioni cliniche dell'IR nei principali disturbi psicologici, evidenziandone efficacia e versatilità all'interno di diversi contesti terapeutici.

Il secondo capitolo è incentrato sui Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione. Viene descritta la classificazione diagnostica proposta dal DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), e dopo

aver fornito dati relativi alla diffusione e all'impatto clinico di tali disturbi, l'attenzione si concentra sui trattamenti psicoterapeutici attualmente utilizzati. Vengono discusse le principali criticità riscontrate in ambito clinico, tra cui i frequenti tassi di abbandono della terapia, la persistenza dei sintomi nel tempo e la presenza di comorbidità psicopatologiche, nonché il significativo tasso di mortalità associato ai disturbi alimentari (studi meta-analitici indicano che circa il 5,1% dei pazienti con anoressia nervosa muore per complicanze di malattia (Arcelus, Mitchell, Wales & Nielsen, 2011), le quali fanno emergere la necessità di interventi terapeutici più mirati, coinvolgenti e centrati sull'esperienza soggettiva del paziente. In tal senso, l'IR viene presentato come un'opzione terapeutica innovativa, in grado di agire su aspetti profondi legati all'identità e al vissuto emotivo delle persone che soffrono di disturbi alimentari.

Il terzo e ultimo capitolo propone un contributo di ricerca rivolto a proporre una revisione sistematica della letteratura sull'utilizzo dell'IR nel contesto del trattamento dei disturbi alimentari. Tale analisi è stata condotta attraverso OVID, seguendo le linee guida PRISMA e PICO.

Il primo e il secondo screening degli articoli inclusi sono stati valutati sulla base dei criteri d'inclusione utilizzati e delle strategie di analisi dei dati raccolti.

Un numero finale di $N = 8$ studi rispettano le ipotesi previste e i criteri adottati. I risultati emersi, sebbene risultino ancora preliminari per via del numero limitato di ricerche disponibili, evidenziano un potenziale terapeutico promettente, indicando segnali positivi in relazione al miglioramento della regolazione emotiva, all'aumento dell'accettazione corporea e alla riduzione dei comportamenti disfunzionali tipici di questi disturbi. Il capitolo si conclude con una riflessione critica sui limiti metodologici delle ricerche esistenti, indicando al contempo possibili sviluppi futuri sia in ambito clinico che nella ricerca scientifica.

La Tecnica dell'Imagery Rescripting (IR)

Definizione e principi teorici dell'Imagery with rescripting

L'*Imagery Rescripting*, o riscrittura immaginativa, è una tecnica psicoterapeutica esperienziale che si fonda sulla capacità della mente umana di modificare i contenuti emotivi e cognitivi associati a ricordi traumatici o dolorosi attraverso l'uso guidato dell'immaginazione: si interviene attivamente su eventi passati, spesso legati all'insorgenza o al mantenimento di sintomi psicopatologici, i quali vengono rievocati in altra prospettiva, trasformandone il significato soggettivo e permettendo di immaginarne un'evoluzione alternativa più funzionale e riparativa (Arntz, 2012, 2025).

In questo contesto, l'immaginazione viene intesa come la capacità di creare e vivere esperienze sensoriali interne in assenza di stimoli esterni, coinvolgendo molteplici modalità percettive quali quella visiva, uditiva, olfattiva, tattile e motoria (Kosslyn, 1994; Pearson et al., 2015).

Kosslyn, Ganis e Thompson (2001, p. 635) ne parlano come la facoltà di “*vedere con gli occhi della mente, ascoltare con l'orecchio della mente*”, mentre Pearson e collaboratori (2015) rilevano come

l'immaginazione rappresenti una vera e propria simulazione mentale di informazioni sensoriali. Questa capacità non solo permette di rievocare eventi passati, ma ha anche un ruolo centrale nella simulazione di scenari futuri e nella presa di decisioni, agendo come un elemento essenziale del funzionamento mentale umano (Schacter, Addis & Buckner, 2012).

Nel processo di IR un ruolo centrale è svolto dalla memoria autobiografica, in quanto le immagini mentali utilizzate nella tecnica si basano su ricordi precoci personali.

Conway e Loveday (2015) evidenziano che il ricordo di eventi autobiografici implica inevitabilmente l'attivazione dell'immaginazione, che non è semplicemente un meccanismo mnemonico, ma un sistema complesso attraverso cui il cervello ricostruisce e rielabora esperienze vissute.

Dal punto di vista teorico, la teoria di Lang (1987) ha fornito un contributo fondamentale, evidenziando che l'immaginare una situazione può attivare risposte emotive simili a quelle generate dall'esperienza reale. Facendo leva su questa proprietà, l'IR permette di utilizzare l'immaginazione in ambito terapeutico per stimolare l'elaborazione emotiva e facilitare la costruzione di risposte più adattive. In tal modo, vengono esplorate e modificate reazioni emotive disfunzionali attraverso una riscrittura simbolica e sensoriale dei ricordi.

Le immagini intrusive rappresentano una componente diffusa in diverse condizioni psicopatologiche, tra cui il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), i disturbi dell'umore, l'ansia sociale, i DNA e la psicosi (APA, 2013; Brewin et al., 2010; Hirsch & Holmes, 2007; Kadriu et al., 2019; Wesslau & Steil, 2014). Chi soffre di tali disturbi tende infatti a sperimentare ricordi non volontari, improvvisi e disturbanti con maggiore frequenza e intensità rispetto alla popolazione sana (Brewin et al., 2010), attribuendo ad essi una significatività negativa.

L'IR può trovare applicazione pratica in due modalità principali. La prima prevede un intervento che associa la riscrittura immaginativa a una ristrutturazione cognitiva, nella quale si analizzano e modificano le credenze disfunzionali legate al ricordo, introducendo conclusioni più realistiche e funzionali emerse dal lavoro cognitivo precedente (Grey et al., 2002). La seconda modalità, invece, si concentra esclusivamente sulla trasformazione immaginativa del ricordo, senza un'analisi cognitiva preliminare, mirando a soddisfare bisogni emotivi primari (per esempio, protezione, validazione emotiva, accettazione incondizionata, etc) rimasti insoddisfatti nell'evento originale (Arntz, 2015).

Durante il *rescripting*, è possibile introdurre elementi non realistici o simbolici nella scena immaginata: ad esempio, il paziente può immaginare di possedere poteri sovrumani, di essere soccorso da figure protettive irreali o di modificare aspetti della realtà passata che nella vita reale non possono essere cambiati (Arntz, 2015, 2025). Questo approccio enfatizza il valore emotivo e trasformativo della tecnica, più che la sua fedeltà al ricordo originale.

In sintesi, l'IR permette al paziente di rielaborare eventi dolorosi infantili o adolescenziali, spesso non completamente integrati nella propria narrazione personale, favorendo l'emergere di nuovi significati, sperimentando l'appagamento di bisogni emotivi frustrati e sviluppando nuove prospettive su sé e sul mondo circostante (Holmes et al., 2007).

Meccanismi di cambiamento e potenzialità terapeutiche

L'*Imagery Rescripting* agisce su più livelli: emotivo, cognitivo e comportamentale, rappresentando una tecnica psicoterapeutica di grande efficacia, capace di trasformare il significato soggettivo attribuito a esperienze traumatiche o dolorose. L'obiettivo primario non consiste nel semplice cambiamento della memoria dell'evento, ma piuttosto nel permettere al paziente di rivivere tale esperienza in una nuova luce, soddisfacendo bisogni emotivi precedentemente frustrati e rielaborando le emozioni complesse ad essa connesse (Arntz, 2012; Holmes et al., 2007).

Tale processo consente di accedere a bisogni emotivi profondi quali protezione, comprensione e riconoscimento, offrendo la possibilità di reinterpretare l'esperienza traumatica con risorse interne rinnovate e prospettive differenti. In qualche caso la finalità non è quella di indurre emozioni positive, bensì favorire l'accettazione, il distacco emotivo o l'elaborazione del lutto legati all'evento originario (Holmes et al., 2007).

L'efficacia della tecnica si fonda su meccanismi psicologici complessi che operano a livello emotivo, cognitivo e mnemonico, andando oltre una semplice modifica narrativa. Uno dei meccanismi principali riguarda la devalorizzazione affettiva della memoria traumatica: l'IR agisce modificando il significato del ricordo doloroso e riducendo l'intensità della risposta emotiva associata. Diversamente dalle tecniche espositive basate sull'estinzione per abituazione, l'IR trasforma il contenuto e il valore emotivo del ricordo stesso (Kunze, Arntz & Kindt, 2019).

Un altro elemento è la ri-consolidazione della memoria. La rievocazione immaginativa apre una finestra di plasticità che consente di aggiornare la traccia mnemonica originaria introducendo nuovi significati ed emozioni, come sensazioni di protezione, accudimento o controllo, garantendo così una modificazione duratura del ricordo (Arntz, 2012; Kindt et al., 2009).

La vividezza e la credibilità dell'immagine mentale rappresentano fattori fondamentali per il successo della tecnica: esperienze immaginative realistiche e coinvolgenti hanno maggiori probabilità di produrre cambiamenti emotivi profondi. Studi recenti hanno dimostrato che *rescripting* caratterizzati da immagini vivide e coerenti sono associati a una più efficace riduzione dei sintomi in soggetti con disturbo post-traumatico da stress (PTSD) (Rusch et al., 2021).

Inoltre, secondo la teoria "dell'equivalenza funzionale" (Kosslyn 2001), immaginare un evento attiverebbe le stesse aree corticali reclutate nella percezione reale di uno stimolo o evento, attivando a sua volta le

risposte emotive e corporee associate all'esperienza reale. Questo principio potrebbe spiegare il potere della tecnica immaginativa, poiché vivere un'esperienza emozionale correttiva *in imago* potrebbe non fare alcuna differenza per il cervello, rispetto alla medesima esperienza *in vivo*, con tutte le implicazioni che ne conseguono sul piano emotivo-esperienziale.

L'IR opera anche a livello cognitivo attraverso un cambiamento implicito delle credenze. Modificando il risultato dell'esperienza passata, il paziente può acquisire nuove conclusioni su sé stesso, sugli altri e sul mondo, spesso senza che queste vengano necessariamente formulate razionalmente. Ad esempio, una convinzione limitante come “*non sono degno di protezione*” può evolvere in “*qualcuno può prendersi cura di me*”, trasformazione che si realizza a livello emotivo e non solo verbale (Grey et al., 2002).

Infine, il *rescripting* facilita l'integrazione del ricordo traumatico nella narrazione autobiografica, migliorando la coerenza interna e riducendo l'impatto negativo che tali ricordi possono avere sull'autostima e sul senso di sé (Çili, Pettit & Stopa, 2016).

Le potenzialità terapeutiche dell'IR sono state confermate da numerosi studi empirici. Una metanalisi condotta da Morina, Lancee e Arntz (2017) ha evidenziato effetti molto robusti nella riduzione dei sintomi legati a ricordi negativi, con un indice Hedges' *g* superiore a 1. Studi più recenti, come quello di Zerwas et al. (2023), hanno dimostrato che anche versioni brevi della tecnica, composte da una o poche sedute, sono in grado di generare risultati clinici significativi, confermando l'efficacia e la versatilità dell'IR nel trattamento di diverse psicopatologie.

Applicazione dell'Imagery Rescripting in contesti clinici e disturbi psicologici

L'*Imagery Rescripting* ha mostrato una certa efficacia nel trattamento di numerosi disturbi psicologici. Queste rappresentazioni mentali disturbanti sono frequenti nell'ansia sociale, nella depressione, nei disturbi alimentari e persino nella psicosi (Brewin et al., 2010; Hirsch & Holmes, 2007; Kadriu et al., 2019; Wesslau & Steil, 2014). Le immagini intrusive costituiscono non solo un sintomo rilevante, ma anche un criterio diagnostico fondamentale per il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) (American Psychiatric Association [APA], 2013).

I soggetti con psicopatologie sperimentano immagini intrusive con maggior frequenza ed intensità rispetto a chi non presenta disturbi, trasformandole non solo in un indicatore di sofferenza psicologica, ma anche in un elemento che può contribuire al mantenimento del disagio.

In tale contesto, l'IR rappresenta uno strumento terapeutico capace di interrompere i circoli viziosi cognitivi ed emotivi associati a queste rappresentazioni mentali (Brewin et al., 2010). Parallelamente, la Schema Therapy (Young, Klosko & Weishaar, 2003) costituisce un modello clinico particolarmente rilevante per il trattamento dei disturbi di personalità, in particolare il disturbo borderline di personalità, caratterizzato da instabilità emotiva, comportamenti impulsivi e difficoltà relazionali. In questo contesto

l'IR è una tecnica terapeutica elettiva e viene utilizzata per fornire esperienze correttive in immagine, intervenendo direttamente sugli schemi maladattivi e sui “mode” disfunzionali che sostengono i sintomi del disturbo borderline (Arntz & Van Genderen, 2009; Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2014). In questo modo, l'IR non solo riduce la sofferenza legata alle immagini intrusive, ma favorisce anche l'acquisizione di modalità più adattive di regolazione emotiva e comportamentale, contribuendo al trattamento integrato dei pazienti borderline.

L'IR è stata applicata con successo in diversi contesti clinici: nel trattamento del disturbo post-traumatico da stress, la tecnica si è dimostrata particolarmente efficace anche in casi complessi, come quelli che coinvolgono traumi infantili o interpersonali. Arntz (2012) ha evidenziato come l'IR sia in grado di ridurre significativamente i sintomi post-traumatici, risultando inoltre meno avversiva e più tollerata rispetto ad altre tecniche espositive.

Nel campo dei disturbi dell'umore e d'ansia, l'IR ha mostrato utilità soprattutto nel trattamento della depressione e dell'ansia sociale, dove le immagini intrusive spesso rafforzano credenze negative su sé stessi. Modificare queste immagini disfunzionali tramite *rescripting* si traduce in un miglioramento del tono dell'umore e in una riduzione dell'ansia (Holmes et al., 2007; Wild et al., 2007). Hirsch e Holmes (2007) hanno confermato che l'intervento sulle immagini mentali contribuisce a migliorare il benessere emotivo dei pazienti.

Nella terapia dei disturbi di personalità, l'IR viene integrata come componente fondamentale soprattutto nella Schema Therapy (Kroener, Hack, Mayer & Sasic-Vasic, 2023). Arntz e Weertman (1999) hanno adottato la tecnica per lavorare sui cosiddetti “*modi schema*” associati a traumi infantili, ottenendo risultati promettenti nel trattamento del disturbo borderline di personalità. Anche nei disturbi alimentari, nel DOC e nella psicosi le immagini intrusive svolgono un ruolo significativo. Ad esempio, Wesslau e Steil (2014) hanno applicato con successo l'IR in pazienti con anoressia e bulimia, riuscendo a ridurre la carica emotiva legata a ricordi di umiliazione e rifiuto. Kadriu et al. (2019) hanno suggerito l'uso dell'IR nel trattamento del DOC, in particolare quando le ossessioni sono basate su eventi autobiografici, evidenziando la versatilità della tecnica.

Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA): Epidemiologia e trattamenti attuali

Classificazione e diagnosi dei disturbi alimentari

I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) sono definiti nel DSM-5-TR come quelle condizioni di persistente alterazione nell'alimentazione o nei comportamenti collegati al cibo, tali da provocare un consumo o un assorbimento inadeguato e da compromettere significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale (American Psychiatric Association, 2022, p. 371).

Il manuale diagnostico individua diverse categorie principali, tra cui:

___ Il ruolo dell'Imagery Rescripting (IR) nel trattamento della sfera dei disturbi dell'alimentazione: ___
una valutazione sistematica della letteratura

- Pica: consumo persistente (≥ 1 mese) di sostanze non nutritive e non alimentari, al di fuori di usi culturali o stadi di sviluppo tipici.
- Disturbo da ruminazione (Rumination Disorder): rigurgito ripetuto del contenuto gastrico, che può essere rimasticato, risputato o reingerito, in assenza di altra patologia gastrointestinale o diagnosi di DNA prevalente.
- Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID): evitamento o restrizione dell'alimentazione non legati alla preoccupazione per il peso o la forma corporea, con conseguenze quali perdita di peso, carenze nutrizionali, mancata crescita o compromissione del funzionamento sociale.
- Anoressia nervosa (AN): restrizione persistente dell'assunzione energetica fino al raggiungimento di un peso corporalmente e clinicamente significativamente basso, accompagnata da intensa paura di aumentare di peso o da comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso, e da alterata percezione del corpo.
- Bulimia nervosa (BN): episodi ricorrenti di abbuffate seguite da comportamenti compensatori inappropriati (vomito autoindotto, uso di lassativi/diuretici, digiuno o esercizio fisico eccessivo), con forte influenza del peso e della forma corporea sulla valutazione di sé.
- Disturbo da alimentazione incontrollata (Binge Eating Disorder, BED): episodi ricorrenti di abbuffate, caratterizzati dall'ingestione di quantità eccessiva di cibo in un breve arco di tempo insieme a sensazione di perdita di controllo, senza i comportamenti compensatori tipici della bulimia.

Il DSM-5-TR prevede anche categorie residuali, per i quadri clinici che presentano sintomi rilevanti ma che non soddisfano completamente i criteri standard:

- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione (*Other Specified Feeding or Eating Disorder* – OSFED);
- Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza specificazione” (*Unspecified Feeding or Eating Disorder*).

Va inoltre sottolineato che nell'evoluzione delle diagnostiche dei DNA si è affermato un approccio transdiagnostico, secondo il quale i vari disturbi alimentari non sarebbero nettamente distinti ma condividerebbero meccanismi di mantenimento comuni. Ad esempio, l'eccessiva valutazione del peso e della forma corporea, e la presenza di regole alimentari rigide, restrizione o abbuffata, comportamenti compensatori, sono elementi ricorrenti in più categorie diagnostiche (Fairburn, Cooper & Shafran, 2013; De Jong et al., 2016).

Questo approccio giustifica la comparsa di modelli terapeutici trasversali che non si limitano alla singola diagnosi, ma trattano un disturbo alimentare come entità unica con variabile espressione clinica.

Epidemiologia e impatto psicologico

Le recenti ricerche epidemiologiche hanno evidenziato un costante aumento della prevalenza dei disturbi alimentari. In Europa, la prevalenza *lifetime* dell'anoressia nervosa (AN) nelle donne varia dallo 0,3% all'1%, con valori inferiori negli uomini (Treasure et al., 2010; Smink et al., 2012).

La bulimia nervosa (BN) interessa circa il 3% delle donne e oltre l'1% degli uomini (Smink et al., 2012), mentre il *Binge Eating Disorder* (BED) è il disturbo più frequente nella popolazione maschile, con una prevalenza compresa tra l'1,9% e il 3,5% (Smink et al., 2012; Treasure et al., 2022).

Pur con una certa variabilità territoriale, con tassi più elevati in America rispetto ad Asia ed Europa (Hay et al., 2023), si osserva in generale una diminuzione dell'età di esordio e un ampliamento del rischio anche a uomini e ad altri gruppi (Arija Val et al., 2022).

L'impatto psicologico e fisico che si cela dietro ai DNA è considerevole, rappresentando oggi una sfida importante per la salute pubblica: le persone affette mostrano elevate comorbidità psichiatriche, come disturbi d'ansia (62%), dell'umore (54%), abuso di sostanze e PTSD (27%), e problemi medici (42%) gravi legati alla malnutrizione, al sovrappeso, agli squilibri metabolici (Hambleton, Pepin & Maloney, 2022).

Si registrano elevati tassi di mortalità nei casi di AN, stimati intorno al 5% per ogni dieci anni, con circa il 20% dei decessi attribuibili al suicidio (Arcelus et al., 2011; Smink et al., 2012), e un consistente grado di compromissione della qualità della vita, con effetti su funzionamento sociale, lavorativo e relazionale. Vi è quindi un forte bisogno di intervento precoce e specialistico, idealmente con il coinvolgimento di psicologi, psichiatri e gruppi multidisciplinari.

L'adolescenza medio-tardiva è il momento di picco per l'esordio, rendendo cruciale la sorveglianza e l'intervento nell'ambito scolastico, familiare e clinico. Comprendere modalità di insorgenza, decorso e impatto dei DNA è fondamentale per sviluppare strategie preventive su misura e tempestive.

Trattamenti convenzionali

Il trattamento dei DNA si basa tradizionalmente su un approccio multimodale che integra interventi psicoterapeutici, nutrizionali, medici e, quando indicato, farmacologici. Le linee guida internazionali sottolineano l'importanza di approcci *evidence-based*, adattati in base all'età del paziente, alla severità della condizione e al tipo diagnostico specifico (American Psychiatric Association [APA], 2013; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017).

Tra i modelli psicoterapeutici più consolidati vi è la *Cognitive Behavioural Therapy Enhanced* (CBT-E), sviluppata da Fairburn e colleghi (Fairburn et al., 2013). La CBT-E rappresenta un protocollo transdiagnostico concepito per trattare l'intera gamma dei DNA: Anoressia Nervosa (AN), Bulimia

Nervosa (BN), *Binge Eating Disorder* (BED) e altri disturbi specifici e non specifici (OSFED). Questo modello si basa sull'ipotesi che i meccanismi di mantenimento condivisi, quali l'eccessiva preoccupazione per peso e forma corporea, la restrizione alimentare, le abbuffate e i comportamenti compensatori, siano sostanzialmente comuni a diverse forme di DNA (Fairburn et al., 2013).

Il protocollo prevede generalmente 20 sedute per pazienti non significativamente sottopeso ($BMI > 17.5$) e fino a 40 sedute per casi più gravi ($BMI < 17.5$).

Le quattro fasi principali sono: (1) coinvolgimento del paziente e formulazione del caso, (2) monitoraggio e valutazione continua, (3) trattamento attivo dei meccanismi di mantenimento, (4) prevenzione delle ricadute e mantenimento del cambiamento (Fairburn et al., 2008; Byrne et al., 2019; Walsh, 2021). Numerose revisioni sistematiche, tra cui una metanalisi che comprende 20 studi con 10 trial controllati randomizzati (RCT), confermano l'efficacia della CBT-E nel ridurre la psicopatologia alimentare e i comportamenti disfunzionali in adolescenti e adulti (Wilhelm et al., 2019). Tuttavia, nonostante l'efficacia dimostrata, permangono tassi di abbandono elevati, che indicano la necessità di ulteriori adattamenti clinici (Carter et al., 2022).

Un altro intervento di rilievo è il *Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults* (MANTRA), sviluppato specificamente per adulti con AN.

Il MANTRA si fonda su un modello cognitivo-interpersonale che considera tratti temperamentali quali perfezionismo, rigidità cognitiva, evitamento emotivo e le dinamiche familiari che contribuiscono al mantenimento del disturbo (Schmidt & Treasure, 2006; MANTRAweb, 2024). Raccomandata dalle linee guida *NICE* come trattamento di prima linea per l'AN negli adulti, il MANTRA propone un intervento individualizzato, con il coinvolgimento di familiari e partner quando necessario. Studi recenti indicano che il MANTRA ha un'efficacia comparabile ad altri trattamenti, rispetto all'aumento dell'indice di massa corporea (BMI) e dei sintomi psicopatologici, anche se non emergono differenze statisticamente significative rispetto agli altri trattamenti standard (Schmidt et al., 2015; *Effectiveness of MANTRA systematic review*, 2024).

Altri approcci includono il *Mentalization Based Treatment for Eating Disorders* (MBT-ED), utile per pazienti con disturbi alimentari severi o in presenza di comorbidità con disturbi di personalità (Bateman e Fonagy, 2016).

Sfide terapeutiche

Il trattamento dei disturbi alimentari presenta ancora diverse criticità, nonostante i notevoli progressi registrati.

Tra le maggiori difficoltà, vanno evidenziati la resistenza al trattamento e gli elevati tassi di abbandono, che nei casi di anoressia nervosa possono raggiungere il 50-70% (Dalle Grave et al., 2019),

compromettendo l'efficacia degli interventi. Le frequenti comorbidità psichiatriche (ansia, disturbi dell'umore, disturbi di personalità) complicano ulteriormente il quadro clinico e richiedono un approccio integrato.

Il successo terapeutico dipende anche dalla capacità di personalizzare il trattamento in base alla diagnosi, all'età e alle caratteristiche individuali.

Infine, la scarsità di servizi specializzati, la formazione insufficiente degli operatori e le difficoltà di accesso rappresentano barriere significative alla diffusione degli interventi basati sull'evidenza.

La prevenzione delle ricadute e il mantenimento del cambiamento nel lungo termine restano sfide centrali. In questo scenario, la pratica clinica deve orientarsi verso interventi tempestivi, soprattutto durante l'adolescenza, il coinvolgimento familiare quando indicato, la formazione specialistica degli operatori e l'offerta di percorsi terapeutici individualizzati e flessibili, supportati da evidenza scientifica.

L'utilizzo dell'*Imagery Rescripting* nel trattamento dei disturbi alimentari: una revisione sistematica della letteratura

Introduzione e obiettivi della ricerca

L'*Imagery Rescripting* si basa sulla rielaborazione guidata di immagini mentali disturbanti, con l'obiettivo di modificarne il contenuto emotivo e ridurne l'impatto sul funzionamento psicologico (Arntz, 2012). Nata come tecnica per il trattamento del trauma in donne vittime di abusi sessuali (Smucker, 1995), negli ultimi anni ha suscitato crescente interesse come possibile intervento aggiuntivo nei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA).

Le evidenze preliminari suggeriscono che l'IR possa integrare efficacemente i trattamenti standard, favorendo il cambiamento di credenze negative, dell'autocritica e delle emozioni disfunzionali associate all'immagine corporea e ai comportamenti alimentari. Ad esempio, uno studio pilota ha confrontato l'IR con un intervento basato sulla dissonanza cognitiva in un campione di giovani donne a rischio di sviluppare un disturbo alimentare, evidenziando miglioramenti nell'accettazione corporea e nella *self-compassion*, insieme a una riduzione dei comportamenti alimentari disfunzionali (Darnall & Rieger, 2018).

In pazienti con DNA in condizione di sottopeso e comorbidità post-traumatica, l'IR si è rivelata efficace nel ridurre i sintomi di PTSD senza interferire con il percorso di riabilitazione alimentare, contribuendo inoltre a migliorare aspetti emotivi e cognitivi correlati (Van den Berg & van der Wee, 2022). Analogamente, uno studio pilota condotto in setting ambulatoriale ha evidenziato miglioramenti significativi nel distress psicologico, nella sintomatologia alimentare e nella *self-compassion*, oltre a una riduzione delle attitudini disfunzionali (Smeets & van Minnen, 2015). Risultati incoraggianti emergono anche da studi condotti su popolazioni subcliniche a rischio: un protocollo di IR focalizzato sulla

compassione verso sé stessi ha ridotto credenze negative e comportamenti alimentari problematici in misura maggiore rispetto ai controlli attivi (Van den Berg & van der Wee, 2023).

Nel complesso, la letteratura attuale indica che l'IR rappresenta una tecnica promettente e potenzialmente utile come integrazione ai trattamenti convenzionali dei disturbi alimentari, grazie alla sua capacità di intervenire su componenti emotive e cognitive che spesso si rivelano resistenti ad altri approcci terapeutici. Tuttavia, sono necessari ulteriori studi per chiarirne i meccanismi d'azione, valutarne l'efficacia nel lungo termine e definirne il ruolo ottimale all'interno dei protocolli terapeutici (Darnall & Rieger, 2018; Van den Berg & van der Wee, 2022; Smeets & van Minnen, 2015).

Poiché nei disturbi alimentari è frequente la presenza di traumi pregressi e di immagini mentali intrusive, l'impiego dell'IR in questo ambito appare particolarmente promettente, benché ancora poco esplorato. Il presente capitolo si propone pertanto di analizzare sistematicamente la letteratura sull'IR nei DNA, con l'obiettivo di valutarne l'efficacia clinica, le modalità di applicazione e i risultati finora ottenuti.

Gli obiettivi specifici della revisione sono i seguenti:

1. Esaminare le modalità con cui l'IR viene implementata nei trattamenti per i DNA;
2. Valutare l'impatto dell'IR sugli aspetti psicopatologici associati ai disturbi alimentari;
3. Identificare risultati clinici e limiti metodologici presenti negli studi esistenti.

Metodo

La revisione è stata condotta secondo le linee guida PRISMA (Moher et al., 2009). Le banche dati elettroniche consultate attraverso OVID, sono state le seguenti: *PubMed*, *Web of Science*, *AGRIS*, *Embase*, *Medline*, *PsycINFO* e *PsycARTICLES*.

Le parole chiave utilizzate includono la combinazione dei seguenti *search terms*: *Imagery Rescripting*, *Eating Disorders*, *Body Image*, *Anorexia Nervosa*, *Bulimia Nervosa*, *Binge Eating Disorder*, *Disordered Eating*.

I criteri d'inclusione adottati per affrontare il primo e il secondo screening sono stati:

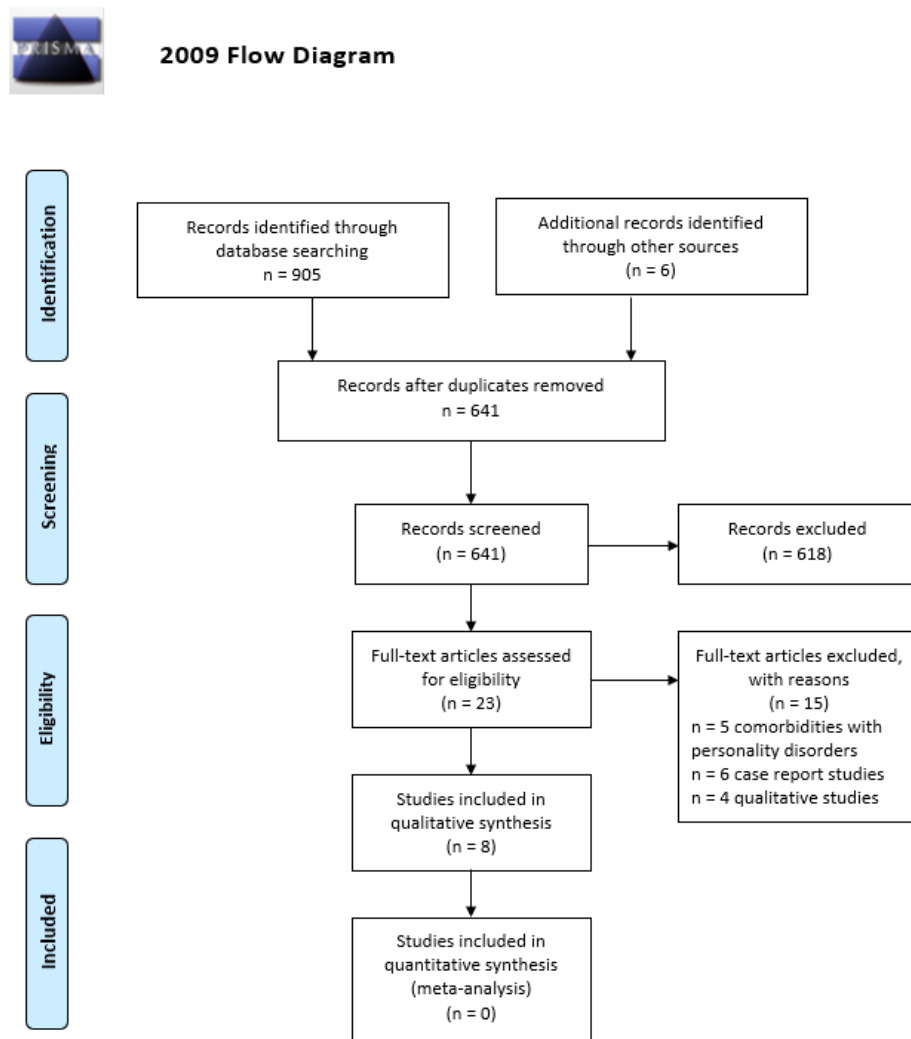
1. Studi quantitativi (studi sia longitudinali che cross-sectional, randomised clinical trial, studi controllati o quasi-sperimentali);
2. Pubblicati tra il 2010 e il 2024;
3. In lingua inglese o italiana;
4. Che utilizzano l'IR come intervento principale o integrato;
5. Con una diagnosi di DNA o difficoltà alimentari subcliniche.

Sono stati esclusi studi qualitativi, case report, revisioni narrative e articoli *non peer-reviewed*. Due revisori indipendenti (S.S., G.A.) hanno effettuato la selezione e l'estrazione dei dati in doppio cieco, con eventuale risoluzione delle discrepanze mediante consenso di un supervisore esperto (B.B.).

Il numero iniziale di articoli potenzialmente includibili era pari a 905 studi. Dopo il primo screening, basato sulla lettura di titoli e abstract, e l'eliminazione dei duplicati, n=23 studi sono risultati idonei per il secondo screening, che ha previsto la lettura del testo completo.

Al termine del processo di selezione, un numero finale di n=8 studi ha pienamente soddisfatto i criteri di eleggibilità ed è stato incluso nella ricerca (come riportato dal flow chart in **figura 1**).

Nella **figura 1**, segue il flow-chart in riferimento alle linee guida PRISMA



Risultati

L'indagine iniziale ha identificato 905 studi. Dopo l'eliminazione di 264 duplicati, 641 articoli sono stati sottoposti a una prima selezione basata su titolo e abstract. Di questi, 51 sono stati esaminati nel dettaglio, e 8 sono risultati conformi ai criteri di inclusione e quindi inclusi nella revisione, mentre 15 sono stati esclusi per motivi quali comorbidità con altri disturbi, natura di case study o disegni qualitativi (**figura 1**).

Gli studi analizzati si sono concentrati su differenti categorie diagnostiche: Bulimia Nervosa (n=2), Disturbo da Alimentazione Incontrollata (BED) (n=1), Anoressia Nervosa (n=1), e soggetti ad alto rischio di DNA o con sintomatologia subclinica (n=5). La maggior parte dei partecipanti è costituita da donne giovani adulte (età media tra i 18 e i 25 anni), mentre adolescenti, uomini e casi clinici più gravi risultano poco rappresentati.

Il disegno sperimentale prevalente è rappresentato dagli studi randomizzati controllati (RCT), presenti in sette studi. Le modalità di somministrazione dell'IR variano considerevolmente: in sei studi l'intervento è stato proposto in una singola seduta, mentre in due sono stati previsti più di un solo ciclo. I setting spaziano da incontri *face-to-face* in ambulatorio a interventi online o ibridi, con follow-up che raramente superano le 4 settimane.

I risultati sono eterogenei. Gli studi condotti su soggetti ad alto rischio (5 su 8) mostrano effetti significativi ma non uniformi: l'IR si dimostra efficace nel ridurre la vividezza e l'intensità emotiva delle immagini mentali disturbanti legate al corpo, ma non sempre si osservano miglioramenti significativi nella soddisfazione corporea o nel comportamento alimentare e nei follow-up a breve termine da 1 settimana a 1 mese (Ghaderi et al., 2020; Kadriu et al., 2021).

Al contrario, gli studi condotti su pazienti con diagnosi conclamata di BN e BED indicano effetti più robusti: si osserva una riduzione delle convinzioni disfunzionali sul corpo, una diminuzione della frequenza delle abbuffate, e un incremento delle emozioni positive post-trattamento, mantenute anche nel breve follow-up (Cooper et al., 2021; Zhou et al., 2021).

Lo studio relativo all'AN, pur essendo unico nel suo genere, suggerisce che la somministrazione in presenza, in contesto individuale, può favorire un miglioramento più rapido della sintomatologia, evidenziando un possibile ruolo dell'alleanza terapeutica come fattore cruciale (Kadriu et al., 2022).

Tra gli *outcome* maggiormente valutati figurano:

- La gravità della sintomatologia alimentare (es. EDE-Q);
- Il distress psicologico generale;
- I livelli di *self-compassion* e di accettazione corporea;
- L'impatto emotivo e la vividezza delle immagini evocate.

Tabella: Pazienti ad alto rischio di sviluppare un DNA

Autori	Campione (N)	Disegno sperimentale	Modalità	N sedute IR	Risultati	Follow-up
Ghaderi et al., 2022	31	Cross-sectional study	Non specificato	1	La frequenza delle immagini mentali legate al corpo e la valenza negativa di tali immagini erano significativamente correlate all'insoddisfazione corporea	Non specificato
Ghaderi et al., 2022	63	Pilot RCT Study	Face to face	1	L'IR non ha comportato cambiamenti significativi nell'insoddisfazione corporea	1 Settimana 1 Mese
Ghaderi et al., 2022	113	RCT	Online	1	Significativa riduzione della vividezza, della controllabilità e dell'effetto negativo causato dall'immagine dopo l'intervento dell'IR	1 Mese
Kadriu et al., 2021	66	RCT	Online	1	Riduzioni delle convinzioni negative. La strategia di riscrittura più utilizzata è stata l'autocompassione	1 Settimana
Kadriu et al., 2023	69	RCT	Face to face + Online	1	Una singola sessione di IR da 20 minuti incentrata sulla compassione non ha alcun effetto sul cambiamento delle convinzioni fondamentali e degli ED alla FU	1 Settimana
Pennesi & Wade, 2018	107	RCT	Online	1	I risultati forniscono un supporto per l'intervento di riscrittura delle immagini	1 Settimana
Zhou et al., 2020	130	RCT	Face to face + Online	3	Analisi più complete hanno mostrato che sia le condizioni di riscrittura delle immagini che la psicoeducazione hanno avuto un impatto significativo sull'alimentazione globale	1 Settimana

Tabella: Pazienti affetti da Bulimia Nervosa (BN)

Autori studio	Campione (N)	Disegno sperimentale	Modalità	N sedute IR	Risultati	Follow-up
Cooper et al., 2007	24	RCT	Face to face	1	Cambiamenti significativi sono stati riscontrati nel gruppo sperimentale, rispetto al gruppo di controllo, nelle valutazioni delle convinzioni negative sulla fiducia in se stessi	Non specificato

Tabella: Pazienti affetti da Bulimia Nervosa (BN) e Binge Eating Disorder (BED)

Autori studio	Campione (N)	Disegno sperimentale	Modalità	N sedute IR	Risultati	Follow-up
Dugué et al., 2018	36	RCT	Face to face	2	Entrambi i gruppi hanno mostrato un aumento delle emozioni positive	1 Settimana dopo la 2° sessione di IR

Tabella: Pazienti affetti da Anoressia Nervosa (AN)

Autori studio	Campione (N)	Disegno sperimentale	Modalità	N sedute IR	Risultati	Follow-up
Zhou & Wade, 2021	11	RCT	Face to face	1	Il trattamento ha dimostrato una riduzione più rapida dei sintomi	4 Settimane

Nei diversi studi citati le immagini evocate durante le sedute di IR hanno mostrato una forte correlazione con i sintomi e le problematiche centrali nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

In particolare:

- Cooper et al. (2021) hanno evidenziato come i ricordi precoci sconvolgenti, spesso legati a eventi traumatici dell'infanzia, costituiscano il nucleo di lavoro durante la seduta di IR. Questi ricordi risultano associati a convinzioni negative profonde riguardo al sé e al corpo, che alimentano comportamenti alimentari disfunzionali. L'obiettivo dell'intervento è stato quello di modificare la percezione emotiva di tali ricordi, favorendo un miglioramento nella regolazione emotiva e nella riduzione delle abbuffate.
- Duguè et al. (2022) hanno focalizzato l'attenzione su situazioni di rifiuto sociale, spesso collegate a sentimenti di esclusione e bassa autostima, che possono contribuire allo sviluppo di disturbi alimentari come *Bulimia Nervosa* e *Binge Eating Disorder*. La tecnica IR ha permesso di rielaborare queste esperienze, riducendo la carica emotiva negativa e migliorando l'umore dei pazienti.
- Ghaderi et al. (2020) hanno indagato immagini mentali relative al corpo e alla forma corporea, con particolare attenzione all'insoddisfazione corporea. Nei loro studi, le immagini corporee intrusive e negative risultavano fortemente correlate all'insoddisfazione corporea, un fattore di rischio primario per lo sviluppo di DNA. L'IR ha mostrato efficacia nel ridurre la vividezza e l'impatto emotivo di queste immagini, sebbene non sempre si sia riscontrata una diminuzione dell'insoddisfazione corporea nei follow-up a breve termine.
- Kadriu et al. (2021) hanno approfondito le immagini intrusive riguardanti preoccupazioni specifiche sul peso, la forma del corpo e il comportamento alimentare, che costituiscono un focus cruciale nella psicopatologia dei disturbi alimentari. L'uso dell'IR ha dimostrato di poter ridurre le convinzioni negative associate a queste immagini, con un impatto variabile a seconda del disegno sperimentale.
- Kadriu et al. (2022) non riportano dettagli specifici sulle immagini evocate, limitandosi a evidenziare gli effetti dell'IR sugli *outcome* psicologici.
- Pennesi e Wade (2021) si sono concentrati su memorie precoci collegate alle attuali preoccupazioni relative al peso corporeo e alle modalità di alimentazione. L'IR ha facilitato una maggiore accettazione dell'immagine corporea e una riduzione delle pratiche alimentari disordinate, suggerendo l'importanza di lavorare sulle radici autobiografiche delle difficoltà alimentari.
- Zhou et al. (2020) evidenziano un miglioramento della psicopatologia alimentare con l'applicazione dell'IR, pur non fornendo dettagli specifici sulle immagini evocate. Zhou et al. (2021) segnalano come le esperienze spiacevoli legate alla percezione corporea e alle modalità alimentari siano

bersaglio centrale del lavoro di *rescripting*, con risultati positivi nel miglioramento dell'accettazione corporea e nella gestione dei sintomi alimentari.

In sintesi, i temi ricorrenti comprendono:

- Rifiuto sociale e isolamento (Duguè et al., 2022);
- Critiche sul peso o l'aspetto fisico da parte di familiari o coetanei (Kadriu et al., 2021);
- Memorie familiari di disapprovazione o umiliazione (Cooper et al., 2021);
- Immagini corporee intrusive, fortemente negative e distorte (Ghaderi et al., 2020).

Il processo di "riscrittura" introdotto con l'IR permette modificare la valenza delle immagini intrusive attraverso l'introduzione, nella narrazione immaginativa, di elementi come supporto, cura, protezione e accettazione. In tal modo, si riduce l'impatto emotivo negativo, promuovendo una maggiore integrazione affettiva e modifica delle credenze disfunzionali (Pennesi & Wade, 2021). In diversi studi (Kadriu et al., 2021; Zhou et al., 2021), i cambiamenti osservati a livello di contenuto immaginativo risultano correlati a miglioramenti clinici significativi, in particolare sul piano dell'accettazione corporea e della regolazione emotiva.

Quindi, le immagini mentali evocate durante le sedute di *Imagery Rescripting* rappresentano un elemento chiave sia nella comprensione della genesi e del mantenimento dei disturbi alimentari, sia nella valutazione dell'efficacia del trattamento. Le immagini riguardano prevalentemente ricordi precoci traumatici, situazioni di rifiuto sociale, immagini corporee intrusive e preoccupazioni specifiche legate al peso e al cibo. La modifica dell'impatto emotivo sembra correlata a un miglioramento significativo della sintomatologia alimentare e dell'accettazione corporea, benché permangano incertezze sulla durata e la stabilità di questi effetti nel tempo.

Discussione

L'analisi degli studi condotta in questa revisione evidenzia come l'IR rappresenti una tecnica promettente nel trattamento dei DNA, grazie soprattutto alla sua capacità di intervenire sui ricordi autobiografici traumatici e sulle immagini mentali disturbanti che contribuiscono al mantenimento della sintomatologia (Cooper et al., 2021; Ghaderi et al., 2020; Kadriu et al., 2021). I risultati emersi dalla presente revisione sistematica confermano il crescente interesse verso l'IR come intervento emotivo-esperienziale integrabile nel trattamento dei DNA. Complessivamente, gli studi analizzati mostrano che l'IR è in grado di incidere su contenuti mentali profondi, quali immagini corporee intrusive, ricordi precoci traumatici, episodi di rifiuto sociale e vissuti di vergogna, che risultano spesso centrali nella psicopatologia dei DNA (Cooper et al., 2021; Ghaderi et al., 2020; Kadriu et al., 2021; Pennesi & Wade, 2021).

Il fulcro del processo terapeutico è costituito dalle immagini evocate durante le sedute, che comprendono vari tipi di contenuti specifici: ricordi precoci traumatici (Cooper et al., 2021), situazioni di rifiuto sociale

(Duguè et al., 2022), immagini corporee intrusive e insoddisfazione corporea (Ghaderi et al., 2020; Kadriu et al., 2021), nonché preoccupazioni relative al peso e al comportamento alimentare (Pennesi & Wade, 2021; Zhou et al., 2021).

Un aspetto particolarmente rilevante riguarda il ruolo delle immagini mentali come mediatori tra esperienze autobiografiche precoci e comportamenti alimentari disfunzionali. La rielaborazione immaginativa guidata consente infatti di modificare non solo la carica emotiva associata a tali ricordi, ma anche le convinzioni maladattive che ne derivano, come “*non valgo nulla*”, “*il mio corpo è inadeguato*”, “*sarò rifiutato se non sono perfetto*” (Duguè et al., 2022; Zhou et al., 2021). L'introduzione di elementi di protezione, cura e validazione all'interno della scena immaginata sembra facilitare un'esperienza emotiva correttiva capace di ridurre l'impatto delle immagini negative, migliorando la regolazione emotiva e l'atteggiamento verso il corpo (Arntz, 2012; Holmes et al., 2007; Holmes et al., 2016).

L'intervento di riscrittura agisce efficacemente sulla vividezza, sull'impatto emotivo e sulla valenza negativa di tali immagini, con un miglioramento significativo della sintomatologia alimentare, dell'accettazione corporea e della gestione delle emozioni negative associate (Pennesi & Wade, 2021; Zhou et al., 2021). I risultati degli RCT inclusi indicano che anche protocolli estremamente brevi, costituiti da una singola sessione di IR, possono produrre effetti clinici, soprattutto nelle popolazioni cliniche con diagnosi conclamata, in particolare nei casi di Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorder (Cooper et al., 2021; Duguè et al., 2022). Ciò supporta l'ipotesi che l'IR contribuisca alla riduzione dei comportamenti di abbuffata e delle condotte compensatorie intervenendo sui nuclei emotivi che li mantengono. Al contrario, nei campioni subclinici o ad alto rischio, i miglioramenti risultano più modesti e tendono a non mantenersi nei *follow-up* successivi (Ghaderi et al., 2020; Kadriu et al., 2021), suggerendo che una singola sessione possa non essere sufficiente o che sia necessaria una maggiore intensità di trattamento per consolidare i risultati.

Un ulteriore elemento di interesse riguarda la modalità di somministrazione dell'IR: gli studi mostrano risultati compatibili tra setting online e face to face, indicando una buona flessibilità della tecnica (Ghaderi et al., 2020; Pennesi & Wade, 2021). Tuttavia, gli interventi svolti in presenza sembrano favorire una maggiore alleanza terapeutica, in particolare nei casi di Anoressia Nervosa, nei quali la dimensione relazionale rappresenta una componente centrale del trattamento (Kadriu et al., 2022).

In conclusione, *l'Imagery Rescripting* rappresenta una tecnica transdiagnostica innovativa che, lavorando direttamente sulle immagini mentali disturbanti e sui vissuti precoci legati al corpo e all'alimentazione, consente di intervenire sulle radici emotive e cognitive dei disturbi alimentari. Per rafforzarne l'efficacia e promuoverne una più ampia diffusione clinica, appare fondamentale definire protocolli maggiormente standardizzati, che prevedano un maggior numero di sedute, tempi di applicazione più definiti, *follow-up*

prolungati e interventi personalizzati sulle caratteristiche del paziente (Cooper et al., 2021; Ghaderi et al., 2020).

La riduzione della vividezza e dell'intensità emotiva delle immagini disturbanti emerge come un meccanismo di cambiamento condiviso, associato a un miglioramento della sintomatologia alimentare e dell'accettazione corporea (Pennesi & Wade, 2021; Zhou et al., 2021). Ciò sottolinea la centralità dell'immaginazione nella psicopatologia dei DNA e l'importanza di interventi terapeutici in grado di operare su livelli emotivi profondi, in integrazione con gli approcci più tradizionali centrati su cognizioni e comportamenti.

È auspicabile che le future ricerche coinvolgano campioni clinici più ampi e diversificati, così da confermare l'efficacia dell'IR e facilitarne l'integrazione nei protocolli terapeutici per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (Kadriu et al., 2022; Zhou et al., 2021).

Limiti e implicazioni cliniche

Nonostante i risultati incoraggianti osservati nel breve termine, la presente revisione sistematica evidenzia alcune limitazioni che devono essere considerate nell'interpretazione dei dati relativi all'utilizzo dell'*Imagery Rescripting* nei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

In primo luogo, il numero di studi disponibili è ancora limitato ($N = 8$) e caratterizzato da una marcata eterogeneità nei disegni sperimentali, nei protocolli di intervento, nelle modalità di somministrazione (in presenza, online o mista) e negli strumenti di valutazione degli esiti, rendendo complessa la comparabilità dei risultati e limitandone la generalizzabilità (Cooper et al., 2021; Ghaderi et al., 2020).

Un'ulteriore criticità riguarda la struttura degli interventi, che nella maggior parte dei casi risultano estremamente brevi, spesso costituiti da una singola sessione di IR, con follow-up di durata ridotta, raramente superiori alle quattro settimane (Kadriu et al., 2021; Zhou et al., 2021). Tale impostazione metodologica non consente di valutare adeguatamente la stabilità degli effetti nel medio-lungo periodo, che appare particolarmente fragile nei soggetti con sintomatologia sottosoglia o ad alto rischio di DNA, nei quali i miglioramenti tendono a non mantenersi nel tempo (Ghaderi et al., 2020; Kadriu et al., 2021).

Un terzo elemento critico concerne la composizione dei campioni, prevalentemente costituiti da giovani donne adulte, spesso appartenenti a popolazioni a rischio piuttosto che a campioni clinici strutturati, con una scarsa rappresentazione di uomini, adolescenti e individui con quadri clinici più gravi, riducendo l'estendibilità dei risultati a contesti clinici più complessi (Pennesi & Wade, 2021; Kadriu et al., 2021).

Infine, alcuni studi forniscono descrizioni insufficientemente dettagliate dei contenuti immaginativi e dei processi emotivi attivati durante le sedute, rendendo difficile identificare con precisione i meccanismi di cambiamento e i sottogruppi di pazienti che potrebbero beneficiare maggiormente dell'intervento (Zhou et al., 2020; Kadriu et al., 2022).

I risultati della revisione suggeriscono tuttavia rilevanti implicazioni cliniche. L’IR emerge come uno strumento promettente per intervenire sui nuclei emotivi profondi dei DNA, quali vissuti di vergogna, autocritica, traumi relazionali precoci e immagini corporee intrusive, che spesso rappresentano fattori di mantenimento difficilmente affrontabili attraverso i soli interventi cognitivo-comportamentali tradizionali (Holmes et al., 2016; Arntz, 2022).

Lavorare direttamente sulle immagini mentali che sostengono credenze disfunzionali, come “*non merito cura*” o “*il mio corpo è sbagliato*”, può favorire una modificazione più rapida e meno difensiva rispetto alla ristrutturazione cognitiva verbale, risultando particolarmente indicato per pazienti con elevati livelli di perfezionismo e autocritica (Cooper et al., 2021).

Alla luce di ciò, l’integrazione dell’IR all’interno di protocolli terapeutici basati sull’evidenza, quali la *CBT-E* o il *MANTRA*, potrebbe rafforzarne l’efficacia, soprattutto nel trattamento di dimensioni emotive che frequentemente ostacolano la motivazione al cambiamento (Fairburn et al., 2013; Schmidt & Treasure, 2006). Inoltre, la possibilità di utilizzare l’IR in formato digitale rappresenta un’opportunità rilevante in termini di accessibilità, consentendo di raggiungere pazienti che incontrano difficoltà nell’accesso ai servizi specialistici (Ghaderi et al., 2020). Tuttavia, per soggetti con Anoressia Nervosa o con una storia di traumi multipli, interventi brevi e non integrati potrebbero risultare insufficienti o potenzialmente controproducenti, rendendo necessari protocolli più strutturati e prolungati, inseriti all’interno di percorsi terapeutici solidi e supportati da una forte alleanza terapeutica (Kadriu et al., 2022; Pitman & Szafranski, 2022).

In questa prospettiva, appare auspicabile lo sviluppo di linee guida condivise che ne regolino l’applicazione clinica, al fine di evitare utilizzi impropri o prematuri e ridurre il rischio di effetti nulli o iatrogeni, quali l’aumento dell’ambivalenza al cambiamento o dei tassi di *drop-out*.

Ulteriori ricerche dovrebbero infine chiarire per quali fasi di malattia, sottotipi di DNA e pattern sintomatologici l’IR risulti maggiormente efficace, contribuendo a un impiego più mirato e sicuro della tecnica nella pratica clinica (Kadriu et al., 2022; Zhou et al., 2021).

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724–731.
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 44(1), 1–9.

- Arija Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J., & Rodríguez Martín, A. (2022). *Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria [Characterization, epidemiology and trends of eating disorders]*. *Nutrición Hospitalaria*, 39(Spec No2), 8–15.
- Arntz, A., & Weertman, A. (1999). *Treatment of childhood memories: Theory and practice*. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 715–740.
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorder: A practitioners guide*. Wiley.
- Arntz, A. (2012). *Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda*. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(2), 189–208.
- Arntz, A. (2015). *Imagery rescripting for personality disorders*. In G. Hofmann & G. M. Hirschmann (Eds.), *Imagery rescripting: Theory, practice, and applications* (pp. 181–202). Springer.
- Arntz, A. (2025). *Imagery rescripting: An update of the treatment protocol*. *Behaviour Research and Therapy*, 195, 104913.
- 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.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). *Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications*. *Psychological Review*, 117(1), 210–232.
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. J. (2019). *The effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis*. *International Journal of Eating Disorders*, 52(3), 246–263.
- Carter, J. C., Bulik, C. M., & Fairburn, C. G. (2022). *Addressing treatment challenges in eating disorders: Adherence and attrition in CBT-E*. *European Eating Disorders Review*, 30(1), 8–17.
- Çili, S., Pettit, S., & Stopa, L. (2016). *Imagery rescripting and autobiographical memory: Impact on self-esteem and narrative coherence*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 53, 18–27.
- Conway, M. A., & Loveday, C. (2015). *Imagining and remembering*. In R. M. S. Rajmakers & F. E. Huppert (Eds.), *The Oxford handbook of memory* (pp. 323–340). Oxford University Press.
- Cooper, M., Todd, G., & Turner, H. (2007). *The effects of using imagery to modify core emotional beliefs in bulimia nervosa: An experimental pilot study*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 117–121.

- Cooper, M., Rimes, K. A., & Hagan, M. J. (2021). *Imagery rescripting for upsetting early memories in eating disorders: A randomized controlled trial*. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 45.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Conti, M., & Marchesini, G. (2019). *Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa: Effectiveness and treatment retention in outpatient settings*. *International Journal of Eating Disorders*, 52(4), 410–416.
- Darnall, R. A., & Rieger, E. (2018). *Imagery rescripting and cognitive dissonance: A randomized controlled trial of two brief online interventions for women at risk of developing an eating disorder*. *Behaviour Research and Therapy*, 110, 30–40.
- De Jong, M., Korrelboom, K., van der Meer, I., Deen, M., Hoek, H. W., & Spinhoven, P. (2016). *Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders: Study protocol for a randomized controlled trial*. *Trials*, 17(1), 573.
- Dugué, R., Renner, F., Austermann, M., Tuschen-Caffier, B., & Jacob, G. A. (2018). *Imagery rescripting in individuals with binge-eating behavior: An experimental proof of concept study*. *International Journal of Eating Disorders*, 52(2), 183–188.
- Duguè, L., Pascoli, L., & Delbès, C. (2022). *Imagery rescripting targeting social rejection situations in bulimia nervosa and binge eating disorder: Effects on emotion regulation*. *Cognitive Therapy and Research*, 46(2), 310–324.
- Edwards, D. J. A. (2007). *Imagery rescripting and exposure group treatment for survivors of childhood sexual abuse: A preliminary controlled trial*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(2), 93–109.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment*. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2013). *Enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders: The core protocol*. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 114–121.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). *Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK–Italy study*. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R2–R8.
- Ghaderi, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2020). *Online imagery rescripting for body-related mental images and body dissatisfaction: A randomized controlled trial*. *Behaviour Research and Therapy*, 123, 103496.
- Ghaderi, A., Welch, E., Zha, C., & Holmes, E. A. (2022). *Imagery rescripting for reducing body image dissatisfaction: A randomized controlled trial*. *Cognitive Therapy and Research*, 46, 721–734.
- Grey, N., Holmes, E. A., & Brewin, C. R. (2002). *Imagery rescripting as a brief intervention for depressed patients with intrusive memories*. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(3), 269–281.

- Hambleton, A., Pepin, G., Le, A., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2022). Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *Journal of eating disorders*, 10(1), 132. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00654-2>.
- Hay, P., Aouad, P., Le, A., Marks, P., Maloney, D., National Eating Disorder Research Consortium, Touyz, S., & Maguire, S. (2023). *Epidemiology of eating disorders: Population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia—a rapid review*. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 23.
- Hirsch, C. R., & Holmes, E. A. (2007). *Mental imagery in anxiety disorders*. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 553–571.
- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). *Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 297–305.
- Kadriu, B., Berk, M., Hu, C., & Malhi, G. S. (2019). *Application of imagery rescripting in obsessive-compulsive disorder: A clinical perspective*. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100438.
- Kadriu, B., Fasipe, T., Rekshan, W., Davis, L., Akhtar, S., & Zarate, C. A. (2019). *Intrusive imagery in mood and anxiety disorders: Implications for treatment*. *Current Psychiatry Reports*, 21(9), 79.
- Kadriu, F., Claes, L., Witterman, C., & Krans, J. (2021). *Imagery rescripting of autobiographical memories versus intrusive images in individuals with disordered eating*. *Cognitive Therapy and Research*, 46, 764–775.
- Kadriu, G., Stjerneklar, S., & Krogh, J. (2021). *Effects of imagery rescripting on intrusive images related to weight and eating in subclinical eating disorder samples: A randomized controlled trial*. *European Eating Disorders Review*, 29(4), 456–468.
- Kadriu, G., Stjerneklar, S., & Krogh, J. (2022). *Imagery rescripting in eating disorders: A randomized controlled study of mechanisms of change*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 56–67.
- Kadriu, F., Claes, L., Witterman, C., Woelk, M., & Krans, J. (2023). *The effect of imagery rescripting on core beliefs and eating disorder symptoms in a subclinical population*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 78, 101804.
- Kindt, M., Soeter, M., & Vervliet, B. (2009). *Beyond extinction: Erasing human fear responses and preventing the return of fear*. *Nature Neuroscience*, 12(3), 256–258.
- Kosslyn, S. M. (1994). *Image and brain: The resolution of the imagery debate*. MIT Press.
- Kosslyn, S. M., Ganis, G., & Thompson, W. L. (2001). *Neural foundations of imagery*. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(9), 635–642.

- Kroener, J., Hack, L., Mayer, B., & Sosic-Vasic, Z. (2023). *Imagery rescripting as a short intervention for symptoms associated with mental images in clinical disorders: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychiatric Research, 166*, 49–60.
- Kunze, A. E., Arntz, A., & Kindt, M. (2019). *Imagery rescripting and extinction: How are they related? Clinical Psychology Review, 69*, 53–66.
- Lang, P. J. (1987). *Imagery and emotional response: A theory of guided affective imagery. Psychosomatic Medicine, 49*(3), 216–231.
- MANTRAweb. (2024). *Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (MANTRA)*. Retrieved April 15, 2024, from <https://www.mantratreatment.com>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2009). *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. Annals of Internal Medicine, 151*(4), 264–269.
- Morina, N., Lancee, J., & Arntz, A. (2017). *Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 50*, 273–283.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment* (NICE guideline [NG69]).
- Pearson, J., Naselaris, T., Holmes, E. A., & Kosslyn, S. M. (2015). *Mental imagery: Functional mechanisms and clinical applications. Trends in Cognitive Sciences, 19*(10), 590–602.
- Pennesi, J. L., & Wade, T. D. (2018). *Imagery rescripting and cognitive dissonance: A randomized controlled trial of two brief online interventions for women at risk of developing an eating disorder. International Journal of Eating Disorders, 51*, 439–448.
- Pennesi, J., & Wade, T. D. (2021). *Imagery rescripting of early memories linked to current eating concerns: A randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 144*, 103921.
- Rusch, S., Dörfler, T., Hermann, C., & Ehlers, A. (2021). *The role of imagery vividness in the effectiveness of imagery rescripting in PTSD patients. Journal of Anxiety Disorders, 77*, 102350.
- Schacter, D. L., Addis, D. R., & Buckner, R. L. (2012). *Remembering the past to imagine the future: The prospective brain. Nature Reviews Neuroscience, 8*(9), 657–661.
- Schmidt, U., & Treasure, J. (2006). *Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. British Journal of Clinical Psychology, 45*(3), 343–366.
- Schmidt, U., Wade, T. D., & Treasure, J. (2015). *The Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (MANTRA): Development, key features and preliminary evidence. Journal of Eating Disorders, 3*(1), 14.

- Smink, F. R. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). *Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates*. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414.
- Smucker, M. R., Dancu, C. V., Foa, E. B., & Niederee, J. (2016). *Imagery rescripting of childhood memories in post-traumatic stress disorder*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 53, 40–49.
- Smeets, M. A. M., & van Minnen, A. (2015). *Face-to-face imagery rescripting as a treatment adjunct for day patients with an eating disorder: A randomized controlled pilot study*. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 25(2), 111–118.
- Treasure, J., Claudino, A. M., & Zucker, N. (2010). *Eating disorders*. *The Lancet*, 375(9714), 583–593.
- Treasure, J., Hübel, C., & Himmerich, H. (2022). *The evolving epidemiology and differential etiopathogenesis of eating disorders: Implications for prevention and treatment*. *World Psychiatry*, 21(1), 147–148.
- Van den Berg, D. P. G., & van der Wee, N. J. A. (2022). *Treating PTSD with imagery rescripting in underweight eating disorder patients: A multiple baseline case series study*. *European Eating Disorders Review*, 30(6), 745–755.
- Van den Berg, D. P. G., & van der Wee, N. J. A. (2023). *The effect of imagery rescripting on core beliefs and eating disorder symptoms in a subclinical population*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 81, 101859.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (1989). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton & Company.
- Walsh, B. T. (2021). *Cognitive behavioral therapy in eating disorders: What's new?* *American Journal of Psychiatry*, 178(5), 401–408.
- Wesslau, C., & Steil, R. (2014). *Imagery rescripting in patients with eating disorders: A clinical intervention for childhood trauma memories*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 168–174.
- Wesslau, C., & Steil, R. (2014). *Intrusive memories in posttraumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and treatment*. *Psychopathology*, 47(2), 79–90.
- Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2007). *Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: A pilot study*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 319–332.
- Wilhelm, S., Westra, H. A., & Zvolensky, M. J. (2019). *Efficacy of enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders: A meta-analytic review of 20 studies including 10 randomized controlled trials*. *Clinical Psychology Review*, 69, 37–48.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Zerwas, S., Morris, J., Kaye, W., & Andersen, A. (2023). *Brief imagery rescripting for trauma-related symptoms: Clinical outcomes and mechanisms. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.*

Zhou, S., Wade, T. D., & Lo, H. (2020). *Imagery rescripting in anorexia nervosa: A pilot randomized controlled trial. International Journal of Eating Disorders, 53*(11), 1779–1789.

Zhou, Y., Pennesi, J. L., & Wade, T. D. (2020). Online imagery rescripting among young women at risk of developing an eating disorder: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders, 53*, 1906-1917.

Zhou, S., Wade, T. D., & Lo, H. (2021). *Imagery rescripting for body perception and eating behaviors in bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy, 144*, 103922.

Zhou, Y., & Wade, T. D. (2021). Face-to-face imagery rescripting as a treatment adjunct for day patients with an eating disorder: A randomized controlled pilot study. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy, 31*, 37-45.

Zhou, Y., Pennesi, J. L., & Wade, T.D. (2023). Imagery rescripting and eating disorders. In P. Robinson, T. D. Wade, B. Herpertz-Dahlmann, F. Fernandez-Aranda, J. Treasure & S. Wonderlich (Eds.), *Eating Disorders*. Springer Nature.

Simona Solaro, Psicologa Psicoterapeuta, Palermo
Specializzata in psicoterapia cognitiva presso IGB Palermo,
training Basile, Fadda e Gragnani
e-mail: solarosimona@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 fragile mondo di Amélie: indegnità, controllo e desiderio negato

Margherita Strumia¹

¹Psicologa psicoterapeuta

Riassunto

Il contributo descrive il caso clinico di Amélie, 36 anni, con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, sintomi di Anoressia Nervosa e tratti di Disturbo Dipendente di Personalità. Il quadro si sviluppa in un contesto caratterizzato da deprivazione affettiva e parentificazione precoce, che hanno contribuito alla formazione di credenze patogene di indegnità e valore personale condizionato. Il funzionamento della paziente è organizzato attorno a un sistema rigido di antiscopei ("non deludere", "non disturbare", "non mostrare bisogni") e a uno stile relazionale pervasivamente sottomesso.

Nel corso del trattamento è emersa un'impasse significativa: la compiacenza, meccanismo nucleare del funzionamento di Amélie, si è riprodotta nel setting terapeutico, dando luogo a un'alleanza apparentemente stabile ma priva di un reale movimento trasformativo. La supervisione ha svolto un ruolo centrale nel rendere riconoscibile questa dinamica e nel favorirne la riparazione attraverso una metacomunicazione esplicita del processo relazionale.

Il percorso terapeutico ha accompagnato Amélie dal prendersi cura degli altri come condizione per sentirsi amata al prendersi cura di sé come scelta intenzionale; dal controllo come unica garanzia di tenuta alla possibilità di riconoscere e sostenere il proprio desiderio. In questo processo, la conclusione della relazione con il partner ha rappresentato l'espressione più concreta del cambiamento terapeutico.

Il caso evidenzia come il riconoscimento e la metacomunicazione delle dinamiche interpersonali che si riproducono nel setting possano rappresentare un fattore decisivo per il superamento dell'impasse terapeutica e la riattivazione del processo di cambiamento.

Parole Chiave:

Disturbo Depressivo Maggiore, tratti dipendenti di personalità, indegnità, valore condizionato, deprivazione affettiva, sviluppo traumatico, sottomissione, impasse terapeutica, rottura e riparazione dell'alleanza, supervisione

The fragile world of Amélie: unworthiness, control and denied desire

Summary

This paper presents the clinical case of Amélie, a 36-year-old woman diagnosed with Major Depressive Disorder, presenting symptoms of Anorexia Nervosa and traits of Dependent Personality Disorder. Her clinical presentation developed within a developmental context marked by emotional deprivation and early parentification, which contributed to the formation of pathogenic beliefs of worthlessness and conditional self-worth. The patient's functioning was organized around a rigid system of anti-goals ("don't disappoint," "don't bother others," "don't show your needs") and a pervasively submissive interpersonal style.

During therapy, a significant impasse emerged: her people-pleasing interpersonal strategy, the core mechanism underlying Amélie's functioning, was reenacted within the therapeutic relationship, resulting in an alliance that appeared stable but lacked genuine transformative potential. Supervision played a pivotal role in recognizing this pattern and facilitating its repair through explicit metacommunication about the therapeutic relationship.

The therapeutic process supported Amélie in moving from caring for others as a condition for feeling loved to caring for herself as an intentional choice; from relying on control as her only source of security to recognizing and sustaining her own desires. Within this process, ending her relationship with her partner represented the most tangible expression of therapeutic change.

This case highlights how recognizing and explicitly addressing interpersonal dynamics as they unfold within the therapeutic relationship can be crucial for resolving therapeutic impasses and reactivating the process of change.

Key words:

Major Depressive Disorder, dependent personality traits, unworthiness, conditional self-worth, emotional deprivation, traumatic development, submission, therapeutic impasse, alliance rupture and repair, supervision

“In una sera di una scintillante giornata di luglio, mentre sulle spiagge i bagnanti si divertono in un clima di ritrovata spensieratezza e a Parigi i curiosi e gli oppressi dal caldo ammirano i primi fuochi d'artificio tradizionali, Amélie Poulain, nominata anche la madrina di tutti gli emarginati o la Madonna degli indesiderati, ha ceduto al peso dell'ennesima fatica. [...] Strano il destino di questa giovane donna, privata di se stessa eppure tanto sensibile al fascino discreto delle piccole cose della vita. Come Don Chisciotte, lei aveva deciso di combattere l'implacabile mulino di tutte le miserie umane. Una battaglia perduta in partenza che ha logorato prematuramente la sua vita: ad appena ventitré anni, Amélie Poulain, esangue, ha lasciato che la sua breve esistenza si immergesse nel vortice del malessere universale.”

Jeunet, *Il favoloso mondo di Amélie*, 2001

PRESENTAZIONE DEL CASO

Dati anagrafici e familiari

Amélie è una donna di 36 anni. Al momento dell'avvio della psicoterapia convive con il partner Nino nel paese in cui è cresciuta e dove risiede la famiglia di origine, e lavora come impiegata amministrativa in

uno studio dentistico. La madre, assistente sociale, presenta una storia clinica di Anoressia Nervosa, mentre il padre, geometra in pensione, è descritto come cronicamente depresso. Il fratello minore, di tre anni più giovane, è sposato e ha due figli. A partire dall'adolescenza, la paziente assume numerosi compiti di cura nei confronti della nonna paterna, resa non autosufficiente da un grave incidente e allettata presso l'abitazione familiare da quando Amélie ha quindici anni; se ne occuperà fino al decesso, avvenuto nel 2022.

Condizioni attuali di vita

La relazione con Nino è in corso da circa dieci anni. Il partner lavora in ambito petrolifero e trascorre lunghi periodi fuori casa per motivi di servizio. Amélie descrive il rapporto come stabile, sebbene abbia numerosi dubbi rispetto al proprio coinvolgimento affettivo. Dopo vari tentativi di gravidanza non riusciti, la coppia avvia un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), che sospende dopo pochi mesi. Sul piano professionale, Amélie lavora come impiegata part-time nello studio dentistico diretto da Madeleine, amica di lunga data; la sovrapposizione tra ruolo professionale e legame amicale rappresenta frequentemente una fonte di confronto e tensione. La paziente dedica la maggior parte del suo tempo libero al volontariato presso un'associazione locale.

Invio e contesto della terapia

Amélie si è rivolta autonomamente alla terapia nell'estate del 2024, in una fase di marcata crisi emotiva caratterizzata da vissuti di fallimento esistenziale, inutilità personale e perdita di senso. Sin dai primi incontri, la paziente appare motivata e collaborativa. Il percorso si svolge online, con frequenza settimanale.

Esame psichico – Prima seduta

Alla prima seduta Amélie si presenta con qualche minuto di anticipo. L'aspetto fisico è trascurato: è sottopeso, non è truccata e indossa abiti sciatti; trasmette una marcata sensazione di fragilità. Il tono di voce è sommesso e lo stile comunicativo passivo, a fronte di un'adeguata consapevolezza del proprio funzionamento psicologico e di una buona capacità di descrivere i propri stati mentali. L'eloquio è fluido e coerente. Nel racconto emergono frequentemente vissuti di vergogna e colpa, accompagnati da un forte bisogno di legittimazione. Si apprezza uno stile relazionale improntato alla compiacenza, che attira subito la mia attenzione clinica.

Descrizione dei problemi presentati

Amélie riferisce una deflessione dell'umore quotidiana da circa 12 mesi, con vissuti di tristezza, vuoto, inutilità e fallimento. L'esperienza è accompagnata dalla sensazione di fingere di funzionare e di essere

per questo “falsa e inautentica, una cattiva persona”. Il pensiero è dominato da autocritica severa, continui confronti con gli altri e generalizzazioni negative su di sé e sul futuro. Espressioni ricorrenti sono: “Deludo sempre chi mi è vicino”, “Non riuscirò mai a costruire nulla di mio”, “Non ho diritto di stare male”. Sul piano comportamentale, si rileva ritiro sociale e contrazione delle attività piacevoli, vissute come “immeritate”.

L'alimentazione costituisce un ulteriore ambito di sintomatologia. Fin dall'adolescenza, Amélie tende a controllare rigidamente il cibo: riduce le porzioni, salta i pasti, monitora ossessivamente il senso di pienezza. Non riferisce una preoccupazione centrale per il peso o l'aspetto fisico: il controllo alimentare ha prevalentemente una funzione autopunitiva e di ripristino del senso di padronanza quando teme di non avere il controllo su emozioni, relazioni o scopi personali.

Dal punto di vista identitario e relazionale, i tratti di personalità dipendenti attraversano l'intero quadro clinico. Amélie tende ad anteporre i bisogni degli altri ai propri e fatica a riconoscere e legittimare desideri autonomi, temendo che l'espressione di sé possa suscitare disapprovazione o abbandono. Ne deriva uno stile relazionale sottomesso e compiacente. La maggior parte delle giornate di Amélie è dedicata ad attività di servizio a favore delle persone che la circondano.

L'episodio depressivo attuale appare reattivo all'assetto di vita e si configura come epifenomeno di un funzionamento di personalità fragile. La gravità del quadro appare lieve-moderata sul piano sintomatologico, ma ad elevato impatto soggettivo: Amélie mantiene un apparente buon livello di funzionamento esterno, ma descrive la propria vita come “vuota” e priva di una direzione sentita come propria.

Test somministrati

Sono stati somministrati diversi strumenti psicodiagnostici allo scopo di integrare la valutazione clinica del funzionamento di Amélie. Il CORE-OM restituisce un quadro di moderata compromissione globale, con marcata sofferenza soggettiva a fronte di una discreta tenuta del funzionamento sociale. Alla DERS Amélie mostra una buona consapevolezza, ma riferisce difficoltà nell'accettare i sentimenti negativi e scarsa fiducia nella propria capacità di regolarli. L'IIP-47 evidenzia un accentuato bisogno di approvazione sociale. Il profilo emerso dal PID-5 segnala tratti disfunzionali di personalità, in particolare ansia, depressività, labilità emotiva e sottomissione. Alla SCL-90 risultano rilevanti la dimensione depressiva, la somatizzazione, gli aspetti ossessivo-compulsivi e la sensibilità interpersonale. Infine, la TAS-20 non evidenzia alessitimia, elemento coerente con le buone capacità introspettive riscontrate nel colloquio.

Formulazione di una diagnosi

Si ritiene che Amélie soddisfi i criteri per la seguente diagnosi: Disturbo Depressivo Maggiore con sintomi di Anoressia Nervosa e tratti del Disturbo Dipendente di Personalità.

In accordo con i criteri del DSM-5-TR per il Disturbo Depressivo Maggiore, l'episodio attuale è caratterizzato dalla presenza di almeno cinque sintomi (tra cui umore depresso e/o marcata riduzione di interesse o piacere), presenti quasi ogni giorno per almeno due settimane, associati a disagio clinicamente significativo e compromissione del funzionamento. Nel caso di Amélie, i sintomi riportati includono umore depresso, anedonia, disturbi del sonno, affaticabilità, autosvalutazione e sentimenti di colpa. In termini di specificatori, il quadro rappresenta un episodio singolo di gravità lieve con ansia associata (in relazione alla sensibilità interpersonale).

Amélie presenta numerosi tratti del Disturbo di Personalità Dipendente, sebbene non vengano soddisfatti i criteri per porre diagnosi. Il suo funzionamento di personalità è caratterizzato da: marcata tendenza a porre i bisogni altrui prima dei propri; difficoltà a legittimare desideri autonomi; timore della disapprovazione e dell'abbandono, con ruoli relazionali sottomessi; dipendenza dal riconoscimento esterno per il mantenimento del senso di sé; vuoto identitario.

Per quanto riguarda l'Anoressia Nervosa, non vengono soddisfatti i criteri per porre diagnosi, ma si riscontra un persistente pattern alimentare restrittivo. Non è presente una preoccupazione primaria per il peso. Sulla base dell'osservazione clinica, si stima una VFG compresa tra 60 e 65.

Storia della sofferenza e precedenti trattamenti

La storia della sofferenza di Amélie è caratterizzata da un decorso di lunga durata, con sintomatologia attiva dall'adolescenza. In quel periodo compaiono i sentimenti di inadeguatezza e i primi comportamenti restrittivi sull'alimentazione, alternati a fasi di stabilità in cui mantiene un buon funzionamento. Nel passaggio all'età adulta si osserva una progressiva cronicizzazione dei vissuti di vuoto, autosvalutazione e difficoltà decisionali, che si esprimono in scelte lavorative frammentarie, progetti interrotti e relazioni affettive ambivalenti. Intorno ai 27 anni Amélie intraprende un primo percorso psicoterapeutico ad orientamento sistemico-relazionale, avviato in seguito a un periodo di marcato stress lavorativo e comparsa di attacchi di panico. Il trattamento consente una riduzione della sintomatologia ansiosa, ma non affronta in modo approfondito i nuclei depressivi, dipendenti e controllanti, che restano come modalità stabili di funzionamento.

Profilo interno del disturbo

Il funzionamento di Amélie può essere compreso come l'esito dell'interazione tra vulnerabilità disposizionali, stati mentali ricorrenti e un sistema di credenze e antiscopi centrato sul valore condizionato. Questi elementi regolano la sintomatologia in modo prevedibile.

I sintomi depressivi si attivano in corrispondenza di eventi relazionali di svalutazione percepita e di confronto con persone "riuscite". Per esempio, dopo una riunione in cui Madeleine commenta una sua proposta in modo freddo, Amélie racconta di pensare: "Non sono capace, si accorgerà che non valgo niente". Conseguentemente compaiono vergogna e tristezza, evitamento del contatto con l'amica e restrizione dell'alimentazione a scopo punitivo. In modo analogo, dopo una visita a un'amica con un figlio, Amélie trascorre diverse ore confrontandosi con lei e sperimentando un annichilente senso di inferiorità. Nei giorni seguenti non riesce a smettere di ripetersi: "Io non ho niente da dare, non ho costruito nulla", con conseguente ritiro, pianto e sensazione di vuoto.

Dal punto di vista degli stati mentali, Amélie oscilla prevalentemente tra una modalità di accudimento-compiacenza e una modalità di impotenza-vuoto. Nella prima, che costituisce il suo assetto abituale, si organizza intorno allo scopo di mantenere il legame ed evitare il rifiuto: anticipa i bisogni altrui, sopprime le richieste personali, si sforza di essere "la persona che non dà problemi e si prende cura di tutti". Nella seconda, che emerge soprattutto quando i desideri e bisogni personali si fanno più urgenti, prevalgono vissuti di inutilità e stallo: Amélie rinuncia ad agire, si isola, sente di "non avere direzione". A regolare le oscillazioni interviene un insieme di antiscopi rigidi – "non deludere", "non disturbare", "non mostrare bisogni", "non fallire".

Le modalità di regolazione emotiva risultano fortemente influenzate da disfunzioni metacognitive. Amélie mostra una bassa fiducia nella propria capacità di regolare le emozioni, e ciò la porta a preferire strategie di soppressione emotiva e di ipercontrollo. La fusione cognitiva con il pensiero depressivo le rende difficile mettere in discussione le valutazioni su di sé. Le difficoltà di decentramento la portano ad attribuire a sé la responsabilità di stati mentali e comportamenti altrui.

Il sistema di credenze patogene può essere sintetizzato in alcuni enunciati centrali, che emergono con costanza nei laddering condotti in seduta.

Credenze

"Non ho il diritto di stare male."

Laddering

Se mi concedo di stare male → divento un peso → fallisco nel mio ruolo di "quella che accudisce" → gli altri si stancano → resto sola → questo conferma che non valgo.

Credenze**Laddering**

“Se esprimo ciò che voglio, Se dico cosa desidero → posso entrare in conflitto → l’altro può vedermi rischio di rovinare tutto.” egoista → può perdere fiducia e allontanarsi → rimarrei senza nessuno → la mia esistenza perderebbe senso.

“Esisto solo se sono utile.” Se non ho un ruolo di cura → la mia presenza non serve → posso essere facilmente dimenticata → è come se non esistessi.

In sintesi, il funzionamento di Amélie appare rappresentato dai seguenti temi transdiagnostici:

- il valore personale come condizionato alla prestazione e all’utilità per l’altro;
- il desiderio individuale come pericoloso perché potenzialmente distruttivo per il legame;
- il timore di un annullamento identitario quando viene meno un ruolo di servizio o di cura;
- la colpa come esito inevitabile di qualsiasi deviazione dallo standard perfezionistico.

Fattori e processi di mantenimento

Il funzionamento psicopatologico di Amélie è sostenuto da una serie di processi ricorsivi che si auto-rinforzano e ostacolano una remissione spontanea dell’episodio depressivo.

Sul piano intrapsichico prevale una critica interna severa. Ogni percezione di errore, deviazione dallo standard o bisogno viene tradotta in giudizi morali con produzione secondaria di colpa e vergogna. Tali emozioni amplificano il rimuginio autoinvalidante e complicano ulteriormente la regolazione degli stati mentali primari. Questo porta Amélie a ricorrere a strategie punitive, che a loro volta amplificano il vissuto di indegnità.

Inoltre, le emozioni negative sono considerate pericolose, con conseguente tendenza alla soppressione: Amélie si sforza di “funzionare”, minimizza la sofferenza e si affida al controllo come strumento di regolazione. Ridurre le porzioni, saltare i pasti, “mettersi in riga” le consente di sperimentare, nell’immediato, un sentimento di padronanza laddove si sente confusa o sopraffatta; nel medio periodo, però, tale strategia impoverisce le risorse fisiche e mentali, aumenta la vulnerabilità e conferma la rappresentazione di sé come persona indegna di amore.

I tratti di personalità dipendenti contribuiscono in modo rilevante al mantenimento del quadro. Anteporre sistematicamente l’altro a sé riduce il rischio di conflitto, rifiuto o abbandono. Tuttavia, questa modalità produce un progressivo svuotamento identitario: più Amélie si adatta, meno riesce a riconoscere chi è e cosa vuole, alimentando l’idea di “non avere nulla di proprio da mettere al mondo”. L’evitamento metacognitivo blocca inoltre la possibilità di integrare emozioni, pensieri e bisogni in una narrazione

coerente, mantenendo il sé frammentato tra un'immagine accudente–efficiente e un nucleo interno vissuto come vuoto e difettoso.

Anche i processi interpersonali contribuiscono alla stabilizzazione del disturbo. Nelle relazioni significative, Amélie regola il proprio comportamento sulla base di ciò che ritiene sia atteso da lei. Quando percepisce segnali di distanza o giudizio si ritira emotivamente e aumenta lo sforzo di “fare meglio”. In questo modo, gli altri ricevono pochi indizi su ciò che prova e tendono a mantenere una distanza che Amélie legge come conferma del suo disvalore.

In sintesi, la remissione spontanea è impedita dal fatto che le stesse modalità che in passato hanno permesso ad Amélie di sopravvivere psichicamente in contesti relazionali complessi continuano ad essere utilizzate in modo rigido anche oggi, in assenza delle condizioni originarie.

Scompenso

Lo scompenso di Amélie si sviluppa nell'arco di circa un anno, quando tre eventi concatenati incrinano il suo equilibrio:

- La morte della nonna paterna (2022), oggetto principale della sua funzione di cura per oltre quindici anni, dissolve il ruolo che aveva sostenuto la sua identità adulta: essere indispensabile, utile, affidabile. Con la scomparsa di questo compito, Amélie sperimenta un improvviso vuoto di funzione e di valore, come se non sapesse più “a cosa servire”.
- Nello stesso periodo inizia a lavorare nello studio di Madeleine, con cui ha una relazione segnata da ambivalenza e dinamiche gerarchiche. Questo rapporto attiva continuamente il sistema motivazionale interpersonale di rango della paziente, che la porta ad interpretare ogni atteggiamento o comportamento dell'amica come prova di inferiorità personale.
- L'avvio del percorso di PMA destabilizza ulteriormente il funzionamento, in quanto riattiva temi identitari – corpo, desiderio, progettualità futura, possibilità di “essere come le altre” – che Amélie non riesce ad integrare. Il fallimento dei tentativi di gravidanza e la sospensione del percorso amplificano i vissuti di indegnità già presenti, rendendo il desiderio stesso di generatività pericoloso e fonte di colpa e vergogna.

Vulnerabilità

La vulnerabilità di Amélie si radica in un contesto evolutivo che ha organizzato il suo funzionamento interno sulla negazione dei bisogni individuali e sull'assunzione di ruoli di cura. La famiglia non ha offerto spazi emotivi sicuri: la madre, svalutante e critica sul piano corporeo e morale, e il padre, affettivamente ritirato, non hanno rappresentato figure capaci di rispecchiare il vissuto soggettivo della paziente. Non solo: le esperienze relazionali precoci di Amélie sono segnate da trascuratezza emotiva da

parte del padre e da atteggiamenti psicologicamente abusanti da parte della madre. Parallelamente, la nonna paterna ha richiesto un investimento di cura costante, che ha consolidato drammaticamente lo schema di valore condizionato alla funzione accudente.

Per ridurre il rischio di ricaduta non è sufficiente intervenire sul solo quadro sintomatologico: è necessario trasformare il sistema di significati che sostiene il problema, che a sua volta si fonda nello sviluppo traumatico.

Contratto e scopi del trattamento

“Mia piccola Amélie, lei non ha le ossa di vetro: lei può scontrarsi con la vita. Se lei si lascia scappare questa occasione, con il tempo sarà il suo cuore che diventerà secco e fragile come il mio scheletro.

Perciò si lanci, accidenti a lei!”

Jeunet, *Il favoloso mondo di Amélie*, 2001

Il contratto terapeutico viene definito nelle prime sedute in modo collaborativo. Si concorda un percorso a medio-lungo termine, con sedute settimanali in setting online, all'interno di un orientamento integrato con elementi di CBT, Schema Therapy, Compassion Focused Therapy e Terapia Metacognitiva Interpersonale. Gli obiettivi generali del trattamento riguardano:

- il riconoscimento e la legittimazione della sofferenza depressiva;
- la ristrutturazione delle credenze sul valore condizionato, sul pericolo del desiderio e sulla necessità di essere perfetta;
- il potenziamento della regolazione emotiva, con attenzione a vergogna, colpa e tristezza;
- la costruzione e il consolidamento di una parte adulta compassionevole, in grado di contenere le altre parti del sé e di orientare l'autodirezionalità;
- la promozione di un senso di valore personale stabile e non condizionato;
- l'ampliamento dello spazio del desiderio e della progettualità.

Razionale, strategie e tecniche di cambiamento

In linea con la formulazione del caso, il trattamento si articola intorno ad alcune aree problematiche centrali; per ciascuna, vengono descritti il rationale clinico, la linea strategica e le tecniche terapeutiche, in continuità con gli obiettivi di cambiamento.

Schema depressivo di indegnità e autosvalutazione cronica

I pensieri automatici e le credenze di indegnità sono il nucleo che organizza l'esperienza depressiva. Nel caso di Amélie, tali contenuti emergono in corrispondenza di eventi interpersonali percepiti come

svalutanti, che innescano il rimuginio autocritico. La strategia mira a condividere il funzionamento depressivo, chiarendo i legami tra eventi, pensieri e conseguenze. Parallelamente, si aumenta la differenziazione rispetto alle credenze patogene e si potenzia la self-compassion.

In questa cornice vengono utilizzate: la ricostruzione di episodi critici secondo il modello ABC; la compilazione di diari dell'autocritica; il laddering e il dialogo socratico per definire e mettere alla prova le credenze core; la ricostruzione della storia di vita per collocare la sofferenza nel contesto evolutivo e ridurre la percezione di difettosità personale; pratiche di CFT finalizzate ad attivare una postura interna più accogliente e protettiva verso le parti vulnerabili del Sé.

Ipercontrollo corporeo, emotivo e relazionale

L'ipercontrollo rappresenta per Amélie una strategia di compensazione rispetto alla percezione di fragilità nella regolazione emotiva e identitaria; esso produce un sollievo immediato, ma a lungo termine irrigidisce il funzionamento. La strategia terapeutica prevede di interrompere i circoli viziosi innescati dalle modalità di coping centrate sul controllo, sostituendolo progressivamente con una funzione regolativa più matura e flessibile.

A questo scopo vengono introdotte tecniche di regolazione emotiva per aumentare la mastery senza ricorrere al controllo; compiti esperienziali che prevedono azioni intenzionalmente "non produttive", osservandone gli esiti emotivi; esercizi di esposizione al desiderio, in cui Amélie è invitata ad esprimere bisogni e preferenze tollerando l'ansia associata.

Inibizione del desiderio e colpa legata all'espressione di sé

Nel funzionamento di Amélie il desiderio personale è associato a pericolo, egoismo e rischio di perdita del legame. Questo produce un evitamento sistematico dell'espressione della propria soggettività. La strategia terapeutica consiste nel legittimare la dimensione del desiderio come componente sana dell'identità – ristrutturando la credenza che sia dannoso per gli altri – e nel permettere ad Amélie di sperimentare che è possibile stare in relazione senza rinunciare a sé.

Vengono utilizzati: interventi di dialogo tra parti del sé e tecnica delle sedie per mettere in scena il conflitto tra parte desiderante, parte critica e parte compiacente; procedure di imagery with rescripting su episodi in cui il desiderio è stato punito o ridicolizzato.

Sottomissione relazionale e difficoltà di definizione e differenziazione del Sé

Lo stile sottomesso che caratterizza Amélie la porta a regolare il proprio comportamento sulle aspettative percepite degli altri, a scapito dell'autenticità. La sicurezza relazionale richiede la possibilità di dissentire, porre limiti e differenziarsi senza che il legame vada in frantumi. La strategia terapeutica è orientata alla

costruzione di un Sé relazionale più differenziato, in grado di restare in contatto con gli altri senza fondersi con le loro richieste, e alla verifica empirica dell'ipotesi che l'autoespressione distrugga il legame. In seduta vengono proposti role-play di conversazioni “difficili” per potenziare l'assertività; particolare attenzione è dedicata alle flessioni o rotture dell'alleanza terapeutica, valorizzando i momenti in cui Amélie si espone con richieste o esitazioni.

Costruzione e consolidamento della parte adulta regolativa

In linea con il modello della Schema Therapy, il cambiamento passa attraverso lo sviluppo di una parte adulta integrata e compassionevole, capace di prendersi cura delle parti vulnerabili e di modulare l'influenza delle parti critiche. Nel caso di Amélie, questa funzione è poco accessibile nei momenti di attivazione depressiva e conflitto relazionale. La strategia terapeutica prevede di identificare e rafforzare la parte adulta, e di favorirne l'uso intenzionale nella vita quotidiana.

A tal fine si lavora sulla costruzione narrativa e simbolica della parte adulta; su esercizi di dialogo interno guidato in cui tale parte si rivolge alla bambina, alla parte punitiva e a quella compiacente; sul rinforzo dei momenti in cui Amélie agisce da tale posizione. Vengono integrate pratiche di self-compassion, con l'obiettivo di stabilizzare questa modalità di funzionamento.

Descrizione della terapia

Il trattamento è in corso e, al momento della stesura, sono state effettuate 54 sedute a cadenza settimanale. Il lavoro si è organizzato in fasi successive, con alcuni aggiustamenti in itinere guidati dall'osservazione del processo terapeutico.

Sedute 1–8: Cornice, sicurezza e mappatura iniziale

Nelle prime sedute la priorità è stata costruire un contesto relazionale sufficientemente sicuro, in cui Amélie potesse portare la sofferenza senza il timore di “disturbare”. Il lavoro è stato impostato sulla ricostruzione della storia di vita, dei vissuti traumatici e degli episodi recenti di sofferenza, rendendo osservabili le sequenze ricorrenti. In parallelo, la restituzione dell'assessment è stata integrata per costruire una comprensione condivisa e rendere più “leggibile” nel qui-e-ora l'esperienza soggettiva della paziente.

Sedute 9–25: Schemi depressivi e regolazione di base

In questa fase l'intervento si è concentrato sul rendere più governabile lo schema depressivo e i suoi passaggi tipici, sostenendo un incremento della tolleranza ai vissuti emotivi. Il materiale clinico è rimasto ancorato a situazioni concrete portate da Amélie, utilizzate per: riconoscere i pensieri depressogeni ricorrenti; distinguere e regolare emozioni primarie e reazioni secondarie; costruire modalità più stabili di regolazione. La dimensione corporea è stata introdotta attraverso interventi di consapevolezza e

radicamento, finalizzati a restare in contatto con l'esperienza emotiva senza ricorrere alle strategie di controllo o evitamento abituali.

Sedute 26–39: Parti del Sé e desiderio

Nel prosieguo, l'attenzione si è spostata maggiormente sugli atteggiamenti accudenti-controllanti, con l'obiettivo di ampliare lo spazio del desiderio e dell'autodeterminazione senza collassare nella colpa o nel timore di rifiuto. È iniziato il lavoro sulle parti del sé: la funzione critica e quella compiacente sono state rese più riconoscibili nei segnali precoci e nei loro effetti, e l'intervento si è orientato al rafforzamento di una posizione adulta più stabile, capace di tenere insieme bisogno e limite.

Seduta 40: Impasse e riparazione dell'alleanza terapeutica

Intorno alla quarantesima seduta è divenuta evidente una discrepanza: Amélie appariva competente e collaborativa, con buona capacità narrativa e comprensione del lavoro svolto, ma la sofferenza rimaneva invariata e il cambiamento risultava più "enunciato" che esperito. È stato quindi avviato un approfondimento in supervisione, che ha portato a formulare l'ipotesi di un ingaggio reciproco in un ciclo interpersonale coerente con il funzionamento dipendente: Amélie tendeva a "fare bene la terapia", anticipando aspettative, minimizzando disaccordi e filtrando bisogni e rabbia; parallelamente, la terapeuta poteva essere sollecitata a mantenere il lavoro su un piano razionale, rinforzando involontariamente la stessa modalità di iperadattamento che consentiva la tenuta esterna ma limitava la trasformazione interna della paziente. A partire da questa lettura, la terapia ha dato maggiore centralità al processo relazionale: il tema dell'accomodamento è stato esplicitato, i segnali di autocensura e il timore di deludere sono stati riconosciuti e condivisi dalla paziente; si è costruito uno spazio in cui Amélie potesse sperimentare esitazione, disaccordo, richieste e rabbia senza minaccia al legame. La riparazione ha costituito un punto di svolta per il cambiamento terapeutico, consentendo un accesso più diretto ai temi affettivi e una maggiore autenticità in seduta.

Sedute 41–47: Differenziazione del Sé e riduzione delle modalità dipendenti

Dopo la riparazione dell'impasse, il lavoro ha assunto un andamento più trasformativo e centrato sulla differenziazione del Sé e sulle modalità dipendenti che, fino a quel momento, avevano limitato il cambiamento esperienziale. In questa fase, la terapia ha privilegiato interventi orientati a sostenere una posizione identitaria più autonoma e un'autodirezionalità coerente con i desideri personali.

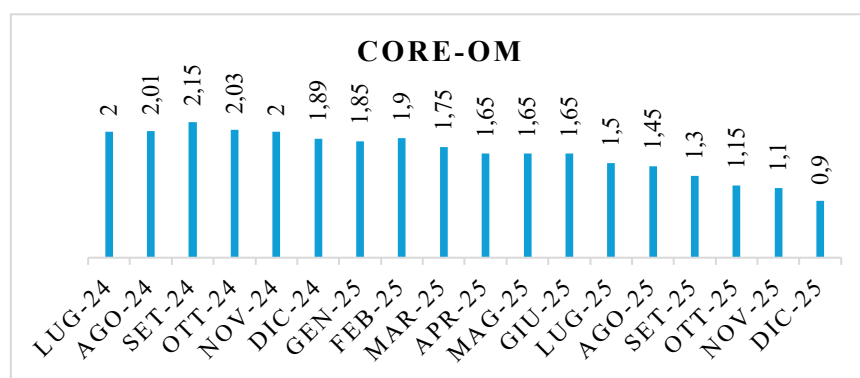
Sedute 48–54: Transizione esistenziale, separazione e fase attuale

L'ultima fase è stata attraversata da un cambiamento rilevante sul piano esistenziale: Amélie ha realizzato la decisione di interrompere la relazione con Nino. Questo passaggio rappresenta un evento clinicamente

denso, in cui Amélie tollera il lutto, l'ambivalenza e la paura della solitudine senza ricorrere in modo massivo alla sottomissione o al controllo come modalità di tenuta. In seduta il lavoro si è concentrato sul mantenere la continuità del sé durante la transizione, distinguendo tra colpa e responsabilità, tra dolore e fallimento, e sostenendo scelte coerenti con bisogni e limiti personali. La separazione ha inoltre reso più evidente la necessità di ridefinire confini e priorità in altri ambiti, con un'attenzione crescente alla stabilizzazione dei cambiamenti nella quotidianità.

Valutazione di esito

Nel corso della terapia, Amélie ha mostrato cambiamenti clinicamente significativi sul piano esperienziale, relazionale e comportamentale. A livello sintomatologico il grafico del CORE-OM evidenzia un decorso in due fasi. Nella prima parte del trattamento i punteggi si mantengono su valori elevati, in area moderata-grave. Solo successivamente si osserva una discesa progressiva, che porta il punteggio nell'area lieve e, infine, sotto la soglia clinica nell'ultima rilevazione di dicembre.



Sul versante metacognitivo, Amélie è divenuta più capace di riconoscere i propri stati mentali tipici: riesce a nominarli e a descrivere scopi e timori associati, ed è diminuita la fusione con i contenuti autocritici. Tale consapevolezza, inizialmente cognitiva, ha acquisito nel tempo una qualità più esperienziale. Parallelamente, si è osservato un miglioramento nell'identificazione delle parti del sé e nell'avvio di un dialogo interno più organizzato.

Per quanto riguarda il rapporto con l'alimentazione, nella fase finale del percorso Amélie ha mostrato maggiore flessibilità, in corrispondenza di una minore necessità di accedere a questa modalità di coping. Questo si è tradotto in una minore rigidità nella regolazione dell'alimentazione, in un incremento di episodi di alimentazione regolata sul piacere, e in una maggiore capacità di leggere la spinta al controllo come segnale di vulnerabilità. L'obiettivo non è stato la normalizzazione del comportamento, ma la trasformazione del significato.

Sul piano relazionale, la trasformazione più strutturale ha riguardato la progressiva legittimazione del bisogno e del desiderio e una maggiore tolleranza del disaccordo. Dopo la fase di impasse e la successiva riparazione dell'alleanza, la paziente ha potuto sperimentare che l'espressione di parti meno desiderabili di sé non solo non compromette il legame, ma può consolidarlo, e rendere la relazione un contesto trasformativo.

L'ultima fase del trattamento è contrassegnata da un cambiamento concreto e ad alto impatto sul piano identitario. La scelta di interrompere la relazione con Nino viene letta come punto di arrivo di un processo di differenziazione del Sé in cui la paziente ha via via riconosciuto la distanza tra la propria vita e i bisogni e valori autentici. La separazione ha comportato una fase iniziale di sofferenza emotiva, ma nel prosieguo si è associata ad un incremento di agency, a una maggiore definizione dei propri desideri e a una riduzione della sensazione di recitare un ruolo.

Considerato l'andamento del caso, la fase attuale richiede soprattutto un lavoro di consolidamento e prevenzione delle ricadute, finalizzato a stabilizzare i progressi raggiunti e a renderli maggiormente trasferibili nei contesti della vita quotidiana. In questa prospettiva, è importante rinforzare l'uso sistematico delle strategie risultate efficaci, così da ridurre il rischio di regressioni nei momenti di maggiore vulnerabilità o stress. Un obiettivo prioritario riguarda inoltre l'aumento della continuità tra seduta e vita reale, attraverso un monitoraggio più mirato e la definizione di un piano di prevenzione delle ricadute (segnali precoci, situazioni a rischio e risposte protettive), mantenendo il focus sul mantenimento del cambiamento nel tempo.

Il caso di Amélie restituisce una traiettoria non tanto "dal sintomo alla soluzione" quanto "dalla funzione al soggetto". Per molto tempo la sua vita è stata sostenuta da un equilibrio efficace ma costoso. In questo assetto la depressione era l'esito coerente di una rinuncia ripetuta: ad essere vista, a chiedere, a contraddire, a desiderare. Il prezzo era un'esistenza "meccanica", in cui il funzionamento esterno restava in piedi mentre il senso di sé si svuotava. Il lavoro clinico ha incontrato lo stesso paradosso: Amélie poteva sembrare riflessiva e "brava" anche in terapia, ma quella competenza apparente rischiava di diventare un'altra forma di compiacenza, una collaborazione senza trasformazione. Quando il trattamento ha riconosciuto e riparato questo punto cieco dell'alleanza – l'essere state, entrambe, catturate in un ciclo in cui la sottomissione trovava una collocazione "sicura" anche nel setting – si è aperto lo spazio del cambiamento. In questo senso, il rimando al "*Favoloso mondo di Amélie*" non è decorativo: anche l'Amélie del film vive a lungo dentro un iper-adattamento silenzioso, finché non le diventa possibile rischiare la propria vita affettiva invece di orchestrare quella altrui. E qui sta la chiusura: il percorso ha accompagnato Amélie dal prendersi cura degli altri come condizione per sentirsi amata al prendersi cura di sé come atto intenzionale; dal controllo come unica garanzia di tenuta alla possibilità di riconoscere, legittimare e sostenere il proprio desiderio.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Carcione, A., Semerari, A. & Nicolò, G. (2011). *Curare i casi complessi: La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Roma: Laterza.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Muran, J.C. & Eubanks, C.F. (2021). *Il terapeuta sotto pressione: Riparare le rotture dell'alleanza terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Nicolò, G. & Carcione, A. (2012). *Manuale dei disturbi di personalità: Teoria, diagnosi e trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Perdighe, C. & Gragnani, A. (2021). *Psicoterapia cognitiva: Comprendere e curare i disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2019). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.

Margherita Strumia, Psicologa Psicoterapeuta, Roma
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Isola e Reda
e-mail: margheritastrumia.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

Disturbo d'ansia generalizzato e Disturbo da ansia di malattia: quando la terapia restituisce esplorazione ed autonomia

Sofia Mattioli¹

¹Associazione Psicologia Cognitiva (APC) sede di Roma

Riassunto

Il lavoro che segue presenta il caso di Fabrizio, un ragazzo di 12 anni che manifesta un quadro caratterizzato da ansia di malattia, ansia da prestazione in ambito scolastico, tratti perfezionistici e difficoltà nella regolazione della rabbia in contesti interpersonali. La preoccupazione principale riguarda il timore di contrarre, o che i propri cari contraggano, malattie gravi, in particolare patologie oncologiche, con conseguente ricerca frequente di rassicurazioni e monitoraggio dei sintomi corporei. In ambito scolastico, il timore di non raggiungere gli elevati standard di rendimento che si auto-impone alimenta intensa ansia anticipatoria, accompagnata da strategie di controllo e ricerca di rassicurazione. La sensibilità alle critiche e la difficoltà a esprimere la rabbia favoriscono atteggiamenti passivo-aggressivi e processi ruminativi che contribuiscono al mantenimento del disagio. La concettualizzazione cognitivo-comportamentale del caso ha consentito di individuare i principali fattori di mantenimento e di orientare l'intervento in ottica cognitivo-comportamentale.

Parole Chiave: Ansia di malattia, Ansia da prestazione, Perfezionismo, Regolazione emotiva, Età evolutiva.

Summary

This paper presents the case of Fabrizio, a 12-year-old boy who shows clinical symptoms regarding illness anxiety, performance anxiety in the school setting, perfectionistic traits, and difficulties in anger regulation within interpersonal contexts. His primary concern involved the fear of contracting illnesses, particularly cancer, or that such illnesses might affect his loved ones, resulting in frequent reassurance-seeking and monitoring of bodily symptoms. In the academic setting, the fear of failing to meet the high standards he imposed on himself generated intense anticipatory anxiety, accompanied by excessive control strategies and reassurance-seeking behaviors. Sensitivity to criticism and difficulty expressing anger fostered passive-aggressive behaviors and ruminative processes, which contributed to the maintenance of his psychological distress. The cognitive-behavioral case conceptualization made it possible to identify the main maintaining factors and to guide the intervention from a cognitive-behavioral perspective.

Key words: Illness anxiety, Performance anxiety, Perfectionism, Emotion regulation.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Dati anagrafici e faFabrizio è un ragazzo di 12 anni, primogenito di due fratelli (il fratello più piccolo ha 8 anni). La gravidanza è normodecorsa, con parto indotto post-termine (41+2), con sofferenza alla nascita e ospedalizzazione per due giorni in incubatrice. Valutazione successive hanno escluso qualunque danno a carico del sistema nervoso. Alla nascita pesava 3,600 kg. Le tappe di sviluppo sono state raggiunte nei tempi attesi.

Frequenta la classe seconda della scuola secondaria di primo grado. Vive con i genitori e con suo fratello minore. Pratica scherma e ha un nutrito gruppo di amici, che frequenta anche al di fuori del contesto scolastico. La famiglia presenta uno status socio-economico caratterizzato da relativa tranquillità. Il rendimento scolastico viene riferito dai genitori come molto buono. I suoi interessi principali riguardano la geografia, sogna infatti di poter viaggiare in varie parti del mondo, i videogiochi, disegnare e fare uscite in bicicletta naturalistiche con gli amici. Fabrizio riferisce un buon rapporto sia con la madre, che con il padre, che con il fratello minore.

Fabrizio ha richiesto ai genitori di poter intraprendere un percorso di terapia; appare motivato e collaborativo. La terapia si è svolta in presenza e ha avuto inizialmente una cadenza settimanale.

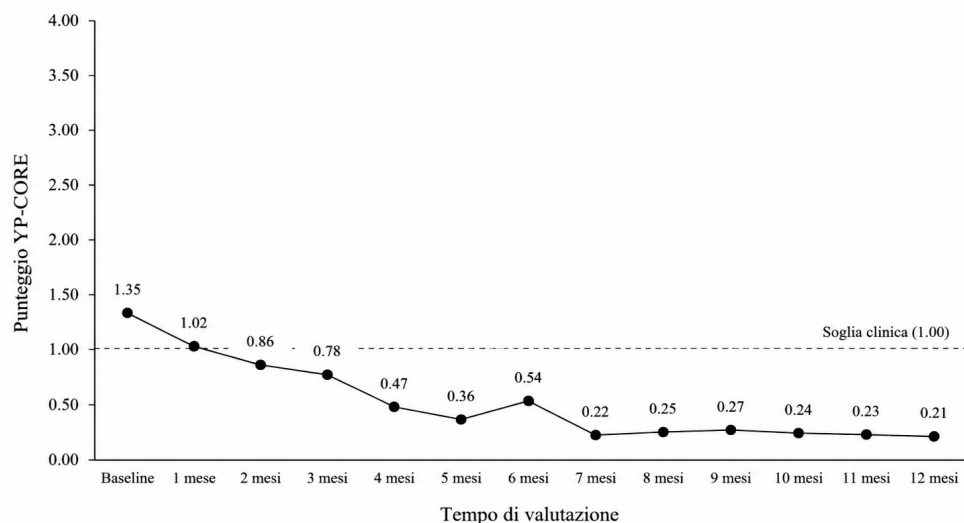
Nel primo incontro Fabrizio appare disponibile rispetto all'adulto e in grado di raccontare i suoi stati emotivi e i suoi pensieri, mostrando buoni livelli di introspezione e metacognizione. L'aspetto è curato, indossa un abbigliamento congruo rispetto all'età. Prosodia e mimica facciale normo-espresse.

DESCRIZIONE DEI PROBLEMI PRESENTATI

Fabrizio presenta timore di contrarre delle malattie, ansia da prestazione in ambito scolastico, tratti perfezionistici, e difficoltà nella regolazione della rabbia nei confronti di alcuni compagni di classe, dai quali si sente deriso per i propri vissuti d'ansia. In aggiunta, si associa il timore che i genitori non possano provvedere a eventuali momenti di svago in famiglia, come organizzare vacanze per possibili future ristrettezze economiche. Mostra uno scarso senso di autoefficacia nella regolazione delle emozioni e nell'affrontare le sfide scolastiche e quotidiane. Rispetto al timore di contrarre malattie, Fabrizio manifesta preoccupazione sia per sé sia per i propri cari. In particolare, teme che infezioni stagionali o altre patologie, comprese quelle oncologiche, possano causare sofferenza o condurre alla morte. Ciò, conduce Fabrizio ad allarmarsi facilmente riguardo il suo stato di salute e a richiedere frequentemente rassicurazioni ai familiari e al pediatra. Nell'ambito dell'ansia da prestazione a scuola, Fabrizio teme di poter prendere un voto non all'altezza dei suoi standard elevati (voti che si aggirano intorno al massimo). I giorni antecedenti a una verifica scritta oppure orale, Fabrizio riferisce importanti difficoltà a regolare la preoccupazione, sentendosi molto irrequieto, teso, affaticabile e distraibile. Per questa ragione, tende a studiare molto e a chiedere alla madre di riascoltarlo prima dell'interrogazione, aiutandolo a ragionare su possibili domande che potrebbero capitarli. Nei momenti adiacenti a un'interrogazione avverte di non ricordare nulla e chiede rassicurazioni ai compagni; alcuni di essi lo criticerebbero per questo, vedendo che, a fronte di marcati livelli d'ansia, Fabrizio riesce sempre a ottenere risultati più che buoni. Tali critiche gli producono una forte rabbia nei confronti di tali compagni, che tende a non esprimere e a rendere oggetto di ruminazioni successive; a livello di comportamento interpersonale, assume atteggiamenti passivo-aggressivi nei confronti di chi lo critica: Fabrizio, infatti, pur ignorando tali esternazioni dei compagni, riferisce di assumere nei loro confronti un atteggiamento scostante. La sensibilità alle critiche si riscontra nella difficoltà di Fabrizio ad accettare le osservazioni dei compagni, dei professori e dei genitori.

Test somministrati

- 1- Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (CYBOCS): Totale: 3; Ossessioni: 3; Compulsioni: 0;
- 2- Children's Depression Inventory-2 (CDI-2): non emergono punteggi significativi in nessuna delle scale indagate dal questionario;
- 3-YP-CORE

Figura 1. Andamento del punteggio YP-CORE nel corso del trattamento.

Nota. Il punteggio YP-CORE è il punteggio globale del CORE-OM adattato per adolescenti e giovani adulti. Punteggi ≥ 1.00 indicano livello clinico di disagio.

4-Multidimensional Anxiety Scale for Children- Second Edition- Self-Report (MASC 2-SR).

Figura 2. Andamento del punteggio del MASC-2 nel corso del trattamento

Mese/Scala	Totale	Pr. Ansia	SP	GAD	SA:T	HR	PF
Ottobre '23	47	1	41	66	49	49	50
Ottobre '24	40	0	40	55	40	41	42
Ottobre '25	40	0	41	53	40	41	42

Mese/Scala	OC	PS:T	P	TR	HA	INC.
Ottobre '23	41	60	46	69	44	8
Ottobre '24	40	47	40	53	40	7
Ottobre '25	41	45	40	49	40	7

Nota. I punteggi riportati corrispondono a punti T; Punti T da 60 a 64 sono da considerarsi "leggermente elevati", mentre Punti T da 65 in su sono da considerarsi "elevati". Totale; Pr Ansia= Punteggio Probabilità Ansia; SP=Ansia da separazione/fobie, Indice GAD= indice disturbo d'ansia generalizzato; SA:T= Ansia sociale Totale; HR= Umiliazione/rifiuto; PF= Ansia da prestazione; OC= Ossessioni e compulsioni; PS:T= Sintomi fisici Totale; P=Panico; TR= Tensione/Irrequietezza; HA= Evitamento del pericolo; INC= indice di incoerenza (un indice di coerenza <10 è da considerarsi accettabile).

Formulazione dell'ipotesi diagnostica

Diagnosi in ingresso Disturbo d'ansia generalizzata (cod. ICD-10 F41.1) in comorbidità con Disturbo da ansia di malattia (cod. ICD-10 F45.21) tipo richiedente l'assistenza. Al quadro si

associano tratti perfezionistici. Sintomatologia di livello tra lieve e moderato, con contenute difficoltà nel funzionamento scolastico, familiare e amicale.

Storia della sofferenza e precedenti trattamenti

Fabrizio non ha effettuato precedenti trattamenti psicologici. All'età di circa 9 anni, ha presentato le prime manifestazioni di preoccupazione per la salute dei genitori, in concomitanza con un intervento chirurgico di routine subito dalla madre. Sempre nel medesimo periodo, Fabrizio mostrava timore nel rimanere in casa da solo ed eccessiva preoccupazione quando lontano dai genitori. A quel tempo, Fabrizio chiedeva molteplici rassicurazioni ai genitori circa dove fossero e/o dopo quanto tornassero. Queste difficoltà rientrano nel corso del medesimo anno. Successivamente, nell'immediato periodo post-covid, iniziò a emergere il timore di poter contrarre una malattia infettiva (unicamente nelle occasioni in cui lui e la sua famiglia si recavano fuori città per delle gite fuori porta), in concomitanza con il ricovero per polmonite da covid di un conoscente di famiglia. Queste difficoltà rientrarono spontaneamente. Nel settembre 2023, Fabrizio contrasse un'influenza stagionale che si protrasse per circa due settimane, accompagnata dall'ingrossamento di due linfonodi laterocervicali. Interpretò tali sintomi come indicativi della possibile presenza di una patologia oncologica.

PROFILO INTERNO DEL DISTURBO

Disturbo d'ansia di malattia

Alcune credenze: Fabrizio ritiene che sia molto probabile ammalarsi e che eventuali sintomi fisici siano indicatori di una malattia in corso. Dice che sia molto importante conoscere le possibili malattie a cui si potrebbe andare incontro, poiché “prevenire è meglio che curare” (*better safe than sorry*).

Problema secondario: Fabrizio valuta in maniera molto negativa le sue attivazioni ansiose, ritenendo che chi mostra attivazioni d'ansia importanti non raggiungerà mai niente di buono nella vita. Questo lo rende molto triste e spaventato per il suo futuro.

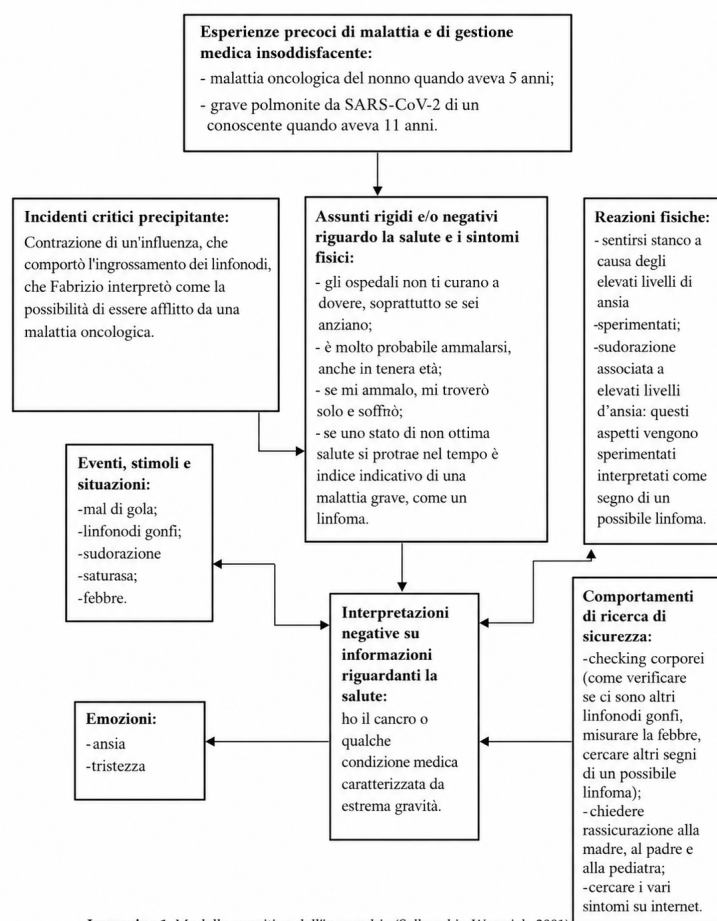


Immagine 1. Modello cognitivo dell'ipocondria (Salkovskis, Warwick, 2001)

A	B	C
Mi sento in ansia.	Essere in ansia significa essere malati.	Tristezza (8), Sensazione di fallimento (8), Ansia

Disturbo d'ansia generalizzata

Il profilo interno delle caratteristiche afferenti a questa area, vengono concettualizzate in ottica Schema Therapy, considerando gli schemi maladattivi precoci, in fase di sviluppo. Il dominio prevalentemente attivo in Fabrizio è quello della “Autonomia, Competenza e Senso di identità”.

Di seguito vengono elencati gli schemi attivi:

Vulnerabilità al pericolo o alle malattie: Fabrizio teme in maniera eccessiva che possa ritrovarsi in situazioni catastrofiche che minano la sua incolumità psico-fisica (ad esempio teme che per qualche ragione i genitori possano non guadagnare abbastanza per soddisfare i suoi bisogni; teme di non riuscire a raggiungere standard performativi elevati, in grado di porlo al sicuro rispetto a qualunque evento catastrofico possa verificarsi, grazie a una presunta

sicurezza economica; teme che, se i suoi compagni lo criticano, allora potrebbero lasciarlo solo e questo significherebbe non avere una mano qualora gli servisse).

Dipendenza/incompetenza: Fabrizio mostra uno scarso senso di auto-efficacia e auto-direzionalità nel regolare i suoi vissuti emotivi e si percepisce, di fronte a essi, come vulnerabile e bisognoso dell'aiuto altrui. Talvolta, di fronte a tali vissuti, sperimenta senso di impotenza e frustrazione.

Fallimento: Fabrizio sente di non essere in grado di raggiungere i propri obiettivi a lungo termine, in particolare quando in difficoltà per i vissuti ansiosi.

Un altro dominio attivo è quello della “*Spontaneità e del gioco*”, in particolare con l'attivazione dello schema *Negatività/Pessimismo*: mostra infatti un'attenzione costante ed eccessiva alle cose pericolose che potrebbero accadergli, senza considerare gli aspetti positivi e ottimistici della vita.

A	B	C
Devo svolgere un'interrogazione a scuola.	Voglio prendere il massimo, ma temo di non riuscirci.	Ansia (10).
Laddering		
T: Qual è la cosa peggiore che potrebbe accaderti qualora tu non riuscissi a prendere il massimo? F: Chi non prende il massimo finisce male nella vita.		
T: Che significa per te “finire male nella vita?”.		
F: Che non si ha un buon lavoro che consente di avere ciò che si vuole nella vita.		
T: E quale la cosa peggiore che può accadere qualora non si potesse ottenere ciò che si vuole nella vita?		
F: si diventa depressi e quindi malati; e poi i depressi conducono uno stile di vita non buono, l'ho letto su internet, si mangia male e ci si può ammalare di tumore.		

FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

Intrapsichici

Disturbo d'ansia da malattia

- Attenzione selettiva/focalizzata: attenzione a eventuali segni che possono rientrare in un quadro di malattia oncologica;
- Sovrastima della minaccia: è molto probabile ammalarsi, anche in età giovanile; se mi trovo in mezzo a molta gente, è facile contrarre un'infezione che avrà conseguenze serie per la mia salute; se ho un qualunque sintomo, vuol dire che sicuramente ho una malattia terribile e incurabile;
- Intolleranza all'incertezza e ricerca di rassicurazioni: non posso tollerare di non sapere se i sintomi che ho appartengano a una qualche malattia grave, pertanto chiedo rassicurazioni a

mamma, a papà, alla pediatra e cerco online eventuali altri sintomi che potrei ravvisare, connessi alla malattia oncologica di cui credere di essere affetto;

- Checking corporei: controllo che non ci siano altri segni o sintomi connessi alla malattia; tocco molteplici volte i linfonodi ingrossati.

Disturbo d'ansia generalizzata

- Attenzione selettiva alla minaccia: attenzione alle cose che sento di non ricordare prima di una interrogazione;
- Worry: sono costantemente preoccupato di eventuali eventi catastrofici che potrebbero verificarsi nel futuro, sia inerenti al rendimento scolastico, che alla condizione economica dei miei genitori;
- Pensiero catastrofico e sovrastima del rischio di accadimento di un evento non desiderato: l'interrogazione sarà una catastrofe, prenderò un voto molto basso;
- Scarsa fiducia nella proprie capacità di coping: non sono in grado di regolare le mie emozioni e gli eventi che accadono, questo mi rende debole e vulnerabile;
- Percezione dei meccanismi di rimuginazione come utili: se rifletto su quanto può accadere e mi preparo bene, allora potrò minimizzare i problemi;
- Affect as information: se sono in ansia, significa che l'interrogazione andrà male, perché se sono in ansia vuol dire che le cose effettivamente non le so bene, in effetti mi sto scordando tutto. Non dovrei avere l'ansia prima di un'interrogazione.

Interpersonali

A livello familiare si presentano meccanismi di “accomodamento” e “antagonismo”, in presenza di invalidazione rispetto ai vissuti emotivi di Fabrizio, in particolare da parte della madre. La madre, infatti, si mostrerebbe critica nei confronti dell'ansia di Fabrizio nei vari ambiti, con frasi come “se sei così in ansia ora che sei un bambino, quando sarai grande che farai!”. Questo meccanismo tende a confermare la credenza di Fabrizio di essere debole, vulnerabile e non in grado di affrontare alcune sfide della vita. Per tale ragione entrambi i genitori sono stati inviati in parent training da una collega cognitivo-comportamentale, con il fine di sostenere Fabrizio.

SCOMPENSO ED ESORDIO

Nel periodo precedente alla pandemia, quando Fabrizio aveva circa nove anni, si osservano i primi segnali delle sue attivazioni ansiose. L'esordio avviene in concomitanza della rimozione di un nevo benigno del padre: l'evento, pur non essendo clinicamente rilevante, attiva in lui forti

preoccupazioni riguardo allo stato di salute del genitore. Fabrizio teme che la situazione possa essere più grave di quanto gli venga riferito e che i genitori non gli stiano dicendo la verità. Le rassicurazioni ricevute riescono a contenere l'ansia legata all'episodio specifico, ma non eliminano la sua apprensione generale rispetto alla possibilità che in futuro il padre o altri familiari possano ammalarsi. Nello stesso periodo emergono anche altre manifestazioni ansiose, come la difficoltà a rimanere in casa da solo e un'eccessiva preoccupazione quando si trova lontano dai genitori. In quelle occasioni Fabrizio tende a ricercare frequentemente conferme e rassicurazioni sulla posizione dei genitori e sul loro rientro.

Queste difficoltà, pur rilevanti, vanno progressivamente attenuandosi nel corso dell'anno. Una seconda fase si colloca nel periodo immediatamente successivo alla pandemia, nella primavera del 2022. In questo momento Fabrizio mostra una riattivazione dell'ansia, questa volta scatenata dal ricovero per polmonite di un conoscente. L'episodio riaccende in lui la paura delle malattie, che però assume una forma diversa rispetto al passato: non riguarda più soltanto la salute dei genitori, ma si concentra sul timore di contrarre infezioni. Tale paura emerge soprattutto quando la famiglia si reca fuori città per gite o attività all'aperto; in queste situazioni Fabrizio invita i familiari a lavarsi le mani e a prestare attenzione a non toccarsi il volto con le mani sporche, mostrando una crescente sensibilità ai possibili rischi ambientali. Anche in questa fase ricorre spesso alle rassicurazioni, sia da parte dei genitori sia da parte della pediatra, ottenendo di nuovo una riduzione temporanea dell'ansia. La fase di scompenso si manifesta nel settembre 2023, quando contrae un'influenza stagionale che si protrae per alcune settimane e comporta l'ingrossamento di due linfonodi a livello della gola. Questa combinazione di fattori, unita alla sua vulnerabilità all'ansia preesistente, porta Fabrizio a interpretare i propri sintomi non come conseguenze di una comune infezione, ma come possibili segnali di una malattia oncologica. È in questo momento che si colloca l'esordio sintomatologico; l'ansia cresce in modo significativo: la preoccupazione diventa più intensa e persistente, i pensieri catastrofici si consolidano e il bisogno di ricevere rassicurazioni aumenta, segnando un evidente peggioramento nel suo funzionamento.

VULNERABILITÀ

Sussiste familiarità per disturbi alimentari in linea materna. In linea paterna sussistono preoccupazioni per le malattie. Quando Fabrizio aveva 5 anni il nonno materno morì a causa di una malattia oncologica.

Componenti aggiuntive alla fc potenzialmente utili

Fabrizio è un ragazzo dotato di una buona intelligenza, che gli consente di applicare un buon monitoraggio meta-cognitivo sui propri vissuti. E' un ragazzo molto motivato sotto diversi fronti: a livello scolastico, in ambito sportivo e anche nell'ambito della terapia. Ha un nutrito gruppo di amici, che sente di supporto nei momenti di ansia: incontrarli per trascorrerci del tempo insieme lo aiuta a distrarsi.

CONTRATTO E SCOPI DEL TRATTAMENTO

Dopo gli incontri di assessment sono stati concordati i seguenti obiettivi terapeutici:

- Intervento per la riduzione della sintomatologia di ansia per la salute;
- Intervento per la riduzione dei vissuti ansiosi nei diversi ambiti frutto di preoccupazione Fabrizio (scuola, preoccupazione economica);
- Intervento per migliorare la percezione di essere capace di regolare gli stati ansiosi e di affrontare eventuali danni;
- Intervento per ridurre l'impatto delle critiche negative (assunzione di atteggiamenti passivo-aggressivi e ruminazione);
- Intervento per la riduzione dei tratti perfezionistici.

Obiettivi	Razionale e Strategie	Tecniche
Intervento per la riduzione dei vissuti ansiosi nei diversi ambiti di preoccupazione di Fabrizio (scuola, preoccupazione economica).	Condivisione del funzionamento e del mantenimento dei vissuti ansiosi; Gestione dei pensieri intrusivi; Sviluppo della capacità di regolazione degli stati emotivi ansiosi; Accettazione del rischio che qualcosa di negativo possa accadere; Prevenzione delle ricadute.	ABC in seduta e come homework; Psicoeducazione (formula intensità dell'ansia; formula ansia e prestazione); Moviola; Automonitoraggio giornaliero; Esercizi di respirazione e rilassamento; Tecniche di grounding; Tecniche di defusione (metafora del ruscello – ACT); Utilizzo di parti del manuale "Think Good Feel Good"; Utilizzo del manuale "L'ABC delle mie emozioni" di Mario Di Pietro; Lettura del fumetto "Mamma che ansia" (homework); Tecnica del posto al sicuro.
Intervento per la riduzione della sintomatologia di ansia per la salute.	Identificazione della minaccia temuta; Condivisione del modello e costruzione della relazione terapeutica; Individuazione e interruzione dei circoli di mantenimento; Accettazione progressiva del rischio; Ristrutturazione dell'idea di sé come fragile, debole e vulnerabile; Ristrutturazione del significato attribuito alle emozioni negative; Ristrutturazione dell'idea che la minaccia possa essere definitivamente annullata; Valutazione dei costi dei tentativi di evitamento; Gestione della rimuginazione.	ABC in seduta e a casa; Psicoeducazione; Scoperta guidata sui comportamenti di rassicurazione; Esperimenti di attenzione focalizzata; Tecnica del grafico a torta; Tecnica della piramide capovolta; Tecnica del duplice modello; Tecnica del doppio standard; Tecnica del posto al sicuro; Analisi dei costi dei comportamenti protettivi; E/RP per tollerare l'esperienza temuta.
Intervento per migliorare la percezione di autoefficacia nella regolazione delle emozioni e degli eventi di vita.	Comprendere che i propri bisogni e le proprie emozioni sono valide e che esprimerle non equivale a non saperle gestire; Accettare che alcune emozioni possano essere intense e comportare stanchezza.	Esperimenti comportamentali; Condivisione della formula di intensità dell'ansia; Focalizzazione su eventi in cui Fabrizio si è sentito efficace nella gestione emotiva; Mappa delle risorse e delle difficoltà (anche con carte Dixit); Utilizzo di schede dei "Quaderni Cognitivi".
Intervento per ridurre l'impatto delle critiche negative (atteggiamenti passivo-aggressivi e pmincuzione) e migliorare le abilità assertive.	Comprendere le proprie modalità comunicative e come queste possano essere migliorate; Gestione dei pensieri intrusivi.	Training di assertività ("Quaderni Cognitivi"); Carte dei valori (ACT); Psicoeducazione sui bisogni; Tecniche di grounding; Tecniche di defusione (metafora del ruscello – ACT); Utilizzo di parti del manuale "Think Good Feel Good" (es. "Sii gentile con te stesso e con gli altri").
Intervento per la riduzione dei tratti perfezionistici.	Comprensione del funzionamento dei tratti perfezionistici di Fabrizio; Accettazione che non sia sempre possibile corrispondere a standard eccessivamente elevati.	Ristrutturazione del pensiero dicotomico "tutto o nulla"; Tecnica del doppio standard; Tecnica del tribunale; Tecnica del tribunale; Tecnica del tribunale; Utilizzo di storie che valorizzino la possibilità di apprendere dall'errore.

DESCRIZIONE DELLA TERAPIA E VALUTAZIONI DI ESITO

La terapia ha avuto una durata di 54 incontri da circa un'ora. Gli incontri sono stati settimanali da ottobre 2023 a ottobre 2024, ci si è poi avviati a una progressiva riduzione, prevedendo una cadenza quindicinale per i mesi di novembre e dicembre 2024; in seguito, ci si è visti una volta nel mese di gennaio 2025, poi una volta dopo 3 mesi nell'aprile 2025 e un'ultima volta nell'ottobre 2025, a sei mesi. Gli ultimi incontri a 3 e 6 mesi, avevano l'obiettivo di monitorare i risultati ottenuti. Nel corso della fase iniziale della terapia, da ottobre 2023 ai primi mesi del 2024, il lavoro si è concentrato soprattutto sulla costruzione dell'alleanza terapeutica e sulla comprensione dei vissuti d'ansia di malattia del ragazzo. La relazione si è mostrata da subito buona e collaborativa, anche se talvolta caratterizzata da un'eccessiva richiesta di rassicurazioni.

Dopo una fase iniziale di costruzione della relazione terapeutica, si è avviato un lavoro in vivo sulla gestione della richiesta di rassicurazione, tramite ERP, con monitoraggio dell'attivazione emotiva nel corso della seduta.

Durante questa fase sono stati condivisi i modelli di funzionamento dell'ansia di malattia e analizzati i circoli di mantenimento, introducendo strumenti di psico-educazione, automonitoraggio ed esercizi per la regolazione delle attivazioni emotive.

La fase centrale, sviluppatasi nella parte intermedia del 2024, ha rappresentato il momento in cui Fabrizio ha iniziato a confrontarsi con i propri timori, le credenze di vulnerabilità rispetto all'ansia e le modalità perfezionistiche. La relazione terapeutica, ormai solida, ha consentito di affrontare in maniera più incisiva le ristrutturazioni cognitive, gli esperimenti comportamentali e il lavoro sugli evitamenti, sulle rassicurazioni e sui comportamenti protettivi. Parallelamente si è proseguito sul fronte delle abilità assertive, della regolazione emotiva e del rafforzamento della percezione di autoefficacia. Tale fase ha permesso l'acquisizione di un maggior senso di competenza e di autonomia, con una progressiva riduzione delle richieste di conferma e della ruminazione relativa alle critiche ricevute. A partire dall'autunno del 2024 si è poi avviata una fase avanzata del percorso, contraddistinta da una riduzione graduale della frequenza degli incontri. La decisione di distanziare le sedute è stata possibile grazie ai progressi ottenuti e al consolidarsi di una maggiore capacità di Fabrizio di regolare situazioni ansiogene in modo autonomo. Gli incontri, svolti con cadenza quindicinale nei mesi di novembre e dicembre 2024, sono stati centrati sul mantenimento dei risultati raggiunti, sulla verifica dell'applicazione delle strategie e sulla prevenzione delle ricadute. In questa fase la relazione è rimasta stabile e collaborativa, orientata alla condivisione critica e alla generalizzazione degli strumenti interiorizzati. La fase conclusiva, distribuita tra gennaio e ottobre 2025, è stata caratterizzata da incontri via via più distanziati nel tempo, con appuntamenti a un mese, poi a tre e infine a sei mesi. Tali incontri di follow-up avevano la funzione

di monitorare la stabilità dei cambiamenti, sostenere ulteriormente l'autonomia acquisita nella gestione dei vissuti ansiosi e rinforzare la capacità di Fabrizio di riconoscere eventuali segnali precoci di difficoltà. Il percorso si è concluso con una buona stabilità dei risultati, una regolazione più efficace dell'ansia e una percezione di competenza emotiva più solida, sostenuta da una relazione terapeutica che nel tempo si è trasformata da luogo di rassicurazione a spazio di consapevolezza, esplorazione e autonomia

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (5^a ed.). Raffaello Cortina Editore.

Brian, R. (2021). *Mamma che ansia! Il libro che cercavi per sentirti forte, sconfiggere le paure e ritrovare la calma*. De Agostini (traduzione italiana a cura di Vincenzo Filosa).

Castelfranchi, C. & Miceli, M. (2002). *Architettura della mente: scopi, conoscenze e la loro dinamica*. In Castelfranchi, C. Mancini, F. Miceli, M. (eds). *Fondamenti di cognitivismo clinico* (pp. 45-62). Torino: Bollati Boringhieri Editore.

Cianchetti C, Sannio Fascello G. *Scale Psichiatriche di Autosomministrazione per Fanciulli e Adolescenti (SAFA)*. Milano: Organizzazioni Speciali, 2001.

Di Biase, R., Lusuardi, N., Rebecchi, D., Ronchetti, F., Palmieri, G., & Evans, C. (2015). *La traduzione italiana del CORE-Young Person*.

Di Pietro, M., (1999). *L'ABC delle mie emozioni*. Trento: Edizioni Erickson.

Di Pietro, M. & Bassi, E. (2013). *L'intervento cognitivo comportamentale per l'età evolutiva*. Trento: Edizioni Erickson.

Harris R., (2021). *Acceptance and Commitment Therapy. Le chiavi per superare insidie e problemi nella pratica dell'ACT*. Franco Angeli Editore.

Hayes L., Ciarrochi J. (2017). *Adolescenti in crescita. L'ACT per aiutare i giovani a gestire le emozioni, raggiungere obiettivi, costruire relazioni sociali*. Franco Angeli Editore.

Kovacs, M. (2018). *CDI 2 - Children's Depression Inventory, Second Edition (M. Camuffo & R. Cerutti, Ed. it.)*. Hogrefe Editore. (Opera originale pubblicata 2010).

Mancini, F. & Perdighe, C. (2009). *La formulazione del caso: schema per la presentazione dei casi clinici e per la supervisione*. *Psicoterapeuti in-formazione*, numero speciale. Testo disponibile al sito: <http://www.psicoterapeutiinformazione.it/numero-speciale-ottobre-2009.html>

March, J. S. (2013). *MASC 2: Multidimensional Anxiety Scale for Children – Second Edition*. (C. Paloscia, A. Giangregorio, R. Guerini, & F. Melchiori, A cura dell'adattamento italiano). Hogrefe Editore

Melli, G., Avallone, E., Moulding, R., Pinto, A., Micheli, E., & Carraresi, C. (2015). Validation of the Italian version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Second Edition (Y-BOCS-II) in a clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 86-92.

Perdighe, G. & Gagnani, A. (2021). *Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali*. Raffaello Cortina.

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. (2001). Making sense of hypochondriasis: a cognitive theory of health anxiety. In G. Asmundson, S. Taylor, & B. J. Cox (Eds.), *Health Anxiety: Clinical and Research Perspectives on Hypochondriasis and Related Conditions* (pp. 46-64). Wiley.

Stallard, P. (2021). *Think Good, Feel Good. Allenati a pensare diversamente per sentirti meglio*. Giovanni Fioriti Editore.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guildford Press.

Sofia Mattioli, Psicologa e Psicoterapeuta, Roma
Specializzata in psicoterapia cognitiva,
Training Dott.ssa Lorenza Isola e Prof. Mario Antonio Reda
e-mail: sofia.mattioli@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

Tra vulnerabilità relazionali e ricerca di valore personale: il caso di Simona

Giulia Roncella¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, APC Roma

Riassunto

Il presente lavoro descrive il trattamento di una paziente di 25 anni che presenta ansia, sentimenti cronici di vuoto e difficoltà relazionali riconducibili a una marcata sensibilità all'abbandono. La concettualizzazione cognitiva del caso mette in evidenza come esperienze precoci di malattia, perdita e invalidazione abbiano contribuito allo sviluppo di credenze di inadeguatezza e alla costruzione di strategie relazionali finalizzate a prevenire il rifiuto e la solitudine. Attraverso l'analisi dei fattori di mantenimento e degli schemi interpersonali ricorrenti, il trattamento ha promosso una maggiore consapevolezza dei propri bisogni, una riduzione della ricerca di rassicurazione e lo sviluppo di modalità relazionali più funzionali. Il caso evidenzia il contributo dei processi di regolazione emotiva e delle dinamiche interpersonali nella comprensione e nel trattamento della paura dell'abbandono.

Parole Chiave: paura dell'abbandono; sentimenti di vuoto; regolazione emotiva; schemi interpersonali; psicoterapia cognitiva; caso clinico.

Between Relational Vulnerabilities and the Search for Personal Value: Simona's clinical case study

Summary

This paper describes the treatment of a 25-year-old woman presenting with anxiety, chronic feelings of emptiness, and interpersonal difficulties associated with a pronounced fear of abandonment. The cognitive case formulation highlights how early experiences of severe illness, loss, and emotional invalidation contributed to the development of beliefs of inadequacy and relational strategies aimed at preventing rejection and loneliness. Through the identification of maintaining factors and recurrent interpersonal patterns, treatment focused on increasing awareness of personal needs, reducing reassurance-seeking behaviors, and fostering more adaptive relational functioning. This case illustrates the role of emotion regulation processes and interpersonal dynamics in the understanding and treatment of abandonment fears.

Key words: abandonment sensitivity; emotion regulation; interpersonal functioning; reassurance seeking; cognitive psychotherapy; case study

Giulia Roncella, Tra vulnerabilità relazionali e ricerca di valore personale: il caso di Simona. 36, 2025, pp.152-165.

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

PRESENTAZIONE DEL CASO

Simona ha 25 anni e giunge in terapia tramite il servizio di psicoterapia solidale dell'Associazione di Psicologia Cognitiva. Vive con il padre, la sorella minore e il loro cane. Riferisce rapporti conflittuali con il padre, caratterizzati da frequenti discussioni legate soprattutto alla gestione delle spese di casa. Viene riferita conflittualità anche nel rapporto con la sorella, in particolare per la gestione del cane. La madre è venuta a mancare quando Simona aveva 20 anni per un arresto cardiocircolatorio. È stata Simona insieme al padre a trovare, al loro rientro a casa, la madre deceduta sul divano e a chiamare i soccorsi. Simona è una studentessa universitaria fuori corso e svolge un lavoro part time a contatto con il pubblico. Il sonno non appare regolare; fatica ad addormentarsi e non si sente riposata al risveglio. L'alimentazione appare disorganizzata: tende generalmente a mangiare sano ma riferisce di saltare ogni tanto i pasti per via dei turni a lavoro o perché arriva a casa troppo stanca per potersi cucinare.

A 14 anni, quando Simona frequentava la terza media, scopre di avere un tumore al cervello che le causava crisi epilettiche. Nell'arco di un mese, viene operata con una conseguente risoluzione della condizione medica. A tale operazione segue un mese di convalescenza a casa. Simona non ha mai parlato apertamente della sua malattia ai compagni di scuola perché temeva di apparire debole ed essere trattata come una persona speciale e diversa dagli altri. In seguito alla malattia, riferisce di essersi ritirata socialmente e di aver modificato il modo in cui si rapportava agli altri: prima era più solare ed espansiva mentre il tumore l'ha portata ad isolarsi. Ricorda i primi anni del liceo segnati da un umore deflesso e da momenti di "depressione" (*"Pensavo di togliermi la vita"*). Durante gli anni delle superiori, non stringe molti rapporti amicali, ad eccezione di qualche compagna che poi ha perso di vista appena terminata la scuola. La paziente riconduce l'isolamento sociale di quegli anni, oltre che alle difficoltà di interagire con gli altri, anche alle limitazioni imposte dai genitori. Questi ultimi infatti, riferisce la paziente, limitavano le sue possibilità di socializzazione a causa della propria delicata condizione di salute. Con l'inizio dell'università, sente di essere tornata la Simona di un tempo: più curiosa, solare e socievole. Stringe rapporti con un gruppo di colleghi universitari che attualmente frequenta.

Nel gruppo di amici dell'università, Simona conosce l'ex fidanzato, L. Si fidanzano a Giugno 2024 e a Dicembre 2025 hanno interrotto la loro relazione. Al primo incontro, descrive il loro rapporto come altalenante e *"tossico"*. Lui è molto geloso di come lei si relaziona con gli altri ragazzi e delle relazioni passate di lei, tanto da riferire di avere frequentemente pensieri intrusivi e immagini mentali che la riguardano con altri partner. La coppia presenta frequenti discussioni legate a divergenze caratteriali, differenze nelle abitudini di vita e nei valori di riferimento. Secondo la ragazza, il partner possiede una visione dei ruoli di genere tradizionale, secondo la quale la donna dovrebbe dedicarsi prevalentemente alla cura della casa e dei figli. Tale concezione si scontra con l'immagine che lei ha di sé come donna

autonoma e libera di realizzarsi in diversi ambiti della vita. Nonostante tali divergenze e la sofferenza che ne deriva, riferisce di non riuscire a interrompere la relazione e si critica per questa difficoltà.

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

Simona giunge in terapia per capire quali sono le dinamiche che la portano a rimanere nella relazione con L., nonostante la sofferenza e le divergenze emerse. Vorrebbe affrontare la sua “*paura di essere abbandonata*”. Riferisce di essersi sentita spesso usata dai partner per il suo corpo e che gli altri si avvicinano a lei solo per avere rapporti sessuali. Riferisce di sentirsi in ansia quando percepisce che l’altro si allontana e lo inizia a sentire distante. Tale paura si attivava ripetutamente con L. che, in seguito alle discussioni, tendeva ad allontanarla per giorni e a non rispondere al telefono. La paziente riferisce vissuti di ansia in particolare al mattino e alla sera. Circa tali vissuti sembra emergere la presenza di rilevante anxiety sensitivity. Tali momenti sembrano essere caratterizzati dalla comparsa di aumento del battito cardiaco, tremori e timore degli stessi. La paziente riferisce vissuti di intensa tristezza, a causa dei sentimenti di abbandono emersi durante la conclusione di tale relazione sentimentale. Tali vissuti sembrano accompagnati da senso di vuoto e da contenuti mentali riguardanti la propria solitudine e il proprio disvalore. In entrambi i casi, le strategie di fronteggiamento sembrano riguardare perlopiù l’eteroregolazione attraverso figure amicali.

Attualmente non viene riferita ideazione suicidaria. Non ha svolto precedenti trattamenti psicoterapici o farmacologici, ad esclusione dei farmaci assunti in seguito all’asportazione del tumore. Ad oggi la terapia farmacologica è stata interrotta su prescrizione del medico curante.

A Febbraio 2025, Simona effettua una valutazione psicodiagnostica presso il centro clinico dell’Associazione di Psicoterapia Cognitiva.

Per valutare lo stato sintomatologico, sono stati somministrati i seguenti test: *CORE-OM* (Punteggi clinicamente significativi nelle Scale “Benessere soggettivo”, “Sintomi/Problemi”, “Funzionamento”); *SCL-90-R* (DEP=73, ANX=72, PAR=75, PSY=67, GSI=67, PST= 68) ; *DERS* (Punteggio totale: 85); *BDI-II* (PZ del Punteggio totale= 2,68; PZ Somatico-affettivo= 1,89; PZ cognitivo=2,07) , *STAI-Y* (PZ Ansia di tratto=1,18; PZ Ansia di stato=1,36), *STAXI-2*. Al fine di effettuare un approfondimento della personalità sono state utilizzate la *SCID-5-PD* (Si identificano le seguenti aree da indagare mediante l’intervista SCID-5-PD: Ossessivo-compulsiva, Schizotipica, Schizoide, Istrionica, Borderline. Dalla SCID-5 intervista non sembrano essere soddisfatti i criteri necessari per la diagnosi di un disturbo specifico della Personalità. Tuttavia, si rileva la presenza dei seguenti tratti della personalità che soddisfano i criteri di pervasività, patologicità e persistenza afferenti al Disturbo Borderline della Personalità: Un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall’alternanza tra idealizzazione e svalutazione.; Sentimenti cronici di vuoto); *PID 5* (non si evidenziato risultati

clinicamente non rilevanti nei domini principali. Ad approfondimento effettuato mediante colloquio clinico, relativamente al facet perseverazione, la paziente descrive una tendenza a ripetere alcuni comportamenti specifici nel contesto relazionale. Tali comportamenti sembrano mirati a osservare le reazioni delle persone vicine, con l'obiettivo di cogliere segnali che possano indicare un possibile allontanamento o avvicinamento dell'altra persona.)

La valutazione psicodiagnostica evidenzia un quadro clinico che non soddisfa i criteri diagnostici per uno specifico disturbo secondo i criteri del DSM-5. Tuttavia, dalla somministrazione della SCID-5, emergono tratti di personalità riconducibili a un pattern di relazioni interpersonali instabili e intense, e a sentimenti cronici di vuoto. In associazione emerge la presenza di sintomi depressivi clinicamente significativi. Il funzionamento globale appare preservato, con una capacità di mantenere legami significativi e intraprendere attività autonome.

PROFILO INTERNO DEL DISTURBO

Di seguito vengono esaminati gli aspetti chiave del profilo interno di Simona in ottica cognitivista attraverso degli ABC nel contesto relazionale:

A	B	C
Ho sbirciato il telefono di L. e ho visto che parlava con un sacco di donne, tutte salvate in rubrica con il nome mentre io con nome e cognome	Non devo essere gelosa ma ho paura che non riuscirò a fidarmi più di nessuno	Tristezza, paura di essere abbandonata e rabbia
Dopo esserci lasciati, mi rivedo con L. in gruppo, ci abbracciamo e ci "strusciamo"	Desideravo tanto che riaccadesse questo però ora ho paura che le toccate siano solo sesso per lui e che io sia solo un oggetto sessuale	Ansia
Sono in aula studio e provo attrazione sessuale per J.	È possibile che io ci sia cascata di nuovo? Sono proprio un'ingenuotta da 4 soldi che si fa abbindolare da chiunque. Se riesco a portarlo a letto resto comunque io quella che vince	Senso di colpa, rabbia e disgusto

Mio padre vuole fare le decorazioni di Natale senza di me	Non sono parte della famiglia o meglio, mi è sembrato di non avere una famiglia, di esser sola. Sono inutile, nelle cose di rito che facevano tutti insieme, io non ho più un posto	Tristezza, solitudine e frustrazione
Una mia amica mi racconta di una conversazione avuta con L. che le ha parlato male di me perché per lui sono una ragazza "facile"	ancora pensa questa cosa di me, ancora mi associa con quell'immagine. Non riesco a capire se è lui o se sono io a rimandare quell'immagine. Se lui ha questa immagine di me, forse sono sporca.	Frustrazione e rabbia

Rispetto all'ultimo ABC riportato, emerge il seguente contenuto:

"Sporca è una persona che si concede a più persone, tanto per fare sesso e non perché è legata emotivamente a qualcuno.

Se lo pensa lui non è un problema ma questo potrebbe influenzare le persone intorno a me. Ci rimarrei male, perché non mi ci ritrovo. Gli altri potrebbero dare ragione a lui, che ha una visione distorta, e non a me. Se lo pensano anche gli altri allora è vero, corrisponde alla realtà oppure sono persone facilmente influenzabili. Ho paura che gli altri possano cambiare idea su di me. Magari quella sbagliata sono io. Se loro hanno ragione e io sono quella sbagliata, potrei essere allontanata, potrei rimanere da sola."

Simona si sente una persona inadeguata e di scarso valore. Il suo scopo è quello di essere una brava partner e una brava figlia al fine di evitare di rimanere da sola e di essere isolata (antiscopo). Le credenze che sono alla base del suo scopo sono: *"Se faccio quello che a lui piace, rimarrà accanto a me"*, *"Se mi mostro come vuole, non si allontanerà"*.

FATTORI E PROCESSI DI MANTENIMENTO

Le convinzioni di Simona circa l'abbandono vengono rinforzate da bias confirmatori e dalla catastrofizzazione di alcuni eventi. Ad esempio, quando il partner non le risponde al telefono in modo tempestivo, pensa che la vorrà lasciare e che sia un modo per liberarsi di lei.

Simona critica negativamente (problema secondario) le sue manifestazioni di ansia e il fatto di non essere riuscita a gestire alcune dinamiche relazionali con il suo ex.

Sente un senso di doverizzazione e fatica nel riconoscersi stanca in alcuni momenti della giornata e nel concedersi momenti in cui riposarsi. Interpreta gli eventi in base a come dovrebbero andare le cose, anziché concentrarsi su quello che sono (*“Avrei dovuto dare l’esame, avrei dovuto studiare di più e prendermi dei giorni a lavoro”*). La svalutazione che percepisce da parte del padre mantiene la sua concezione di disvalore personale.

Un fattore di mantenimento nelle relazioni sentimentali è il ciclo interpersonale che si attiva quando lei anticipa le reazioni degli altri e reagisce in conseguenza di queste previsioni, elicitando proprio le reazioni previste. Tale ciclo disfunzionale si attiva soprattutto nella sfera della sessualità: Simona teme di apparire agli altri come un oggetto sessualizzato e teme che i ragazzi le si avvicinino con questa finalità. Quando percepisce l’avvicinamento di qualcuno o che il proprio partner si stia allontanando da lei, mette in atto dei comportamenti sessualizzati e utilizza questa *“arma”*, come la definisce lei, per tenerlo vicino. Questo va a rinforzare l’immagine che lei ha di ragazza eccessivamente disponibile.

SCOMPENSO

Lo scompenso è da collocarsi ad Aprile 2005 quando Simona è stata sottoposta all’operazione per l’asportazione del tumore a cui ha seguito un periodo di convalescenza. Dopo questo evento, riferisce di essere cambiata a livello relazionale diventando più chiusa e isolata. Non voleva condividere tale evento con i compagni di classe per paura di essere considerata diversa o eccessivamente fragile. In questo periodo, la madre è diventata *“la sua migliore amica”* e il suo punto di riferimento. La scomparsa improvvisa della madre nel 2020 ha amplificato la sua percezione di essere una persona sola e vulnerabile. Ha rappresentato inoltre un fattore di rischio per l’esordio avvenuto nel Dicembre 2024, in seguito alle ripetute discussioni che hanno segnato la fine della relazione con L. (Dicembre 2024). La chiusura della relazione ha amplificato la sua paura di essere abbandonata e di rimanere sola e non compresa dagli altri. Sono apparse le prime manifestazioni di ansia e la critica della ragazza per non riuscire a gestire la situazione ritrovandosi sempre in dinamiche per lei *“tossiche”*.

VULNERABILITÀ

Vulnerabilità storica:

- Il tumore che ha colpito Simona a 14 anni è stato un evento che ha segnato la sua adolescenza. Da quel momento, la paziente è stata sottoposta ad esami periodici per tenere sotto controllo il quadro clinico. Le numerose visite e le limitazioni imposte dai genitori a causa della delicata condizione di salute hanno aumentato il suo timore di sentirsi diversa dai coetanei e un soggetto fragile e ha condotto la ragazza ad un isolamento sociale.

- La morte improvvisa della madre ha reso Simona vulnerabile all'abbandono e all'imprevedibilità dei rapporti umani. La madre era l'unica figura in casa ad avere un ruolo accudente nei confronti della ragazza che si è trovata ad assumere poi ruoli di responsabilità dentro casa che prima non aveva (occuparsi del bucato, delle pulizie, contribuire alle spese economiche).
- Riferisce un episodio di abuso avvenuto durante il liceo: si trovava sull'autobus dopo l'uscita di scuola. Un signore ha strusciato le proprie parti genitali sullo zaino di lei fino ad avere un'eiaculazione. La paziente ha raccontato tale episodio solo alla madre. Si critica per non essersene accorta e per non essere intervenuta. Riferisce di essersi sentita impotente e priva di consenso. Tale sensazione è stata sperimentata diverse volte nel corso di passate relazioni sentimentali; durante alcuni rapporti sessuali, Simona riferisce di non essersi sentita libera di esprimere il proprio consenso e di aver fatto delle cose, non per propria volontà o piacere personale, ma per recare piacere al proprio partner.

Vulnerabilità attuale:

- Il clima di svalutazione e di tensione nell'ambiente familiare. La ragazza non condivide con il padre e la sorella contenuti emotivi o questioni quotidiane perché teme di essere giudicata. Riferisce di sentirsi continuamente invalidata dal padre che non le riconosce la fatica che sta facendo nel portare avanti il lavoro e l'università (*"Si arrabbia se la sera studio in camera con la luce accesa per troppo tempo perché le bollette saranno troppo alte"*).
- L'anxiety sensitivity; Simona teme di poter sperimentare sintomi legati all'ansia. Tende a criticarsi per questo.
- La nonna è deceduta a ad Aprile 2025. Tale evento ha portato Simona a ripensare al lutto della madre e a rivivere immagini ed emozioni associate a quel momento.
- È fuoricorso di quasi due anni. Alle medie e al liceo si descrive come l'alunna migliore della classe. Dopo la morte della madre e l'inizio dell'università, la sua immagine di studentessa si è modificata. È bloccata con gli esami e va in agitazione nel momento in cui studia per prepararli. Spesso l'agitazione e la paura di non riuscire nel modo in cui vorrebbe la blocca dal dare l'esame, anche se è preparata, e posticipa l'esame all'appello successivo.

TRATTAMENTO PSICOTERAPEUTICO

OBIETTIVI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
Assessment e valutazione psicodiagnostica	Conoscere il funzionamento della paziente	▫ Somministrazione di test ▫ Colloquio clinico, ▫ Storia di vita

		▫ ABC ▫ Autocaratterizzazione, ▫ Genogramma
Riduzione dell'ansia	Conoscere i segnali dell'ansia e riduzione del livello di preoccupazione legato alla manifestazione dell'ansia	▫ Psicoeducazione ▫ Diario dell'ansia ▫ individuazione dei pensieri automatici ▫ ristrutturazione cognitiva attraverso il dialogo socratico ▫ Tecniche di rilassamento
Modulare le dinamiche relazionali che lei vive come "disfunzionali e tossiche"	Comprendere le dinamiche che mantengono le sue relazioni, quali sono i criteri di significatività che definiscono la relazione	▫ Intervista della storia di vita ▫ Imagery with describing ▫ Dialogo socratico
Maggiore consapevolezza di sé	Identificare i valori che muovono le sue scelte	▫ Scheda tratta dal libro "La regolazione delle emozioni in psicoterapia: guida pratica per il professionista"

DESCRIZIONE DELLA TERAPIA

La terapia è iniziata a Novembre 2024 con una cadenza settimanale ed è tuttora in corso. Dopo la fase di assessment e la valutazione psicodiagnostica, è stato condiviso il funzionamento emerso con la paziente. È seguita una fase di psicoeducazione dell'ansia e un automonitoraggio delle sue manifestazioni attraverso un diario clinico e gli ABC, svolti sia a casa che in seduta. Sono stati presi in esame i diversi pensieri automatici che maggiormente si attivano in alcune situazioni e si è proceduto con la ristrutturazione cognitiva.

L'intervista sulla storia affettiva ha concesso di prendere in esame con dettaglio la nascita, lo sviluppo e la conclusione dell'ultima relazione significativa di Simona. In particolare, si è intervenuto sull'immagine che lei aveva del partner e sui criteri di significatività passando poi ad indagare come i due hanno strutturato gli spazi individuali e della coppia con il mondo esterno e quali erano le regole implicite ed esplicite della coppia. Infine, si è intervenuto sul comprendere come sia cambiata l'immagine del partner nel tempo e i relativi pensieri di Simona, per poi analizzare le somiglianze e le differenze con i rapporti precedenti. In seguito a tale analisi, è emerso il ciclo disfunzionale attivato da lei nelle relazioni, in particolare nell'aspetto della sessualità. Si è ragionato su quanto abbia utilizzato come "arma" l'aspetto della sessualità per tenere vicino il proprio partner e per conoscerne di nuovi. Tale attitudine portava il partner a ricercare e a porre una particolare attenzione all'aspetto della sessualità andando a rinforzare la credenza di Simona di essere per gli altri solo un oggetto sessualizzato.

È stata esplorata la natura della relazione e come Simona si definisce sulla base di tre pilastri della relazione: l'intimità, il supporto e la condivisione. Si è ragionato su cosa la spingesse a entrare in relazione e quali sono i valori che ricerca nell'altro e che sono in linea con i propri. Si è passato quindi a esaminare, in questo momento della sua storia di vita, quali sono le cose che danno un significato e un senso alla sua vita. Tale lavoro è stato svolto tramite l'uso di alcune schede tratte dal manuale "La regolazione delle emozioni in psicoterapia: guida pratica per il professionista" (Robert L. Leahy, Dennis Tirsch e Lisa Napolitano).

Simona ha riportato un episodio per lei traumatico avvenuto durante il liceo sull'autobus (episodio riportato nella vulnerabilità storica). Riferisce di essersi sentita impotente e di essersi criticata per non aver fatto nulla per reagire. Attribuisce a quel momento la sua difficoltà a rifiutare di fare determinate cose, sulla base di quelli che sono i suoi bisogni, per recare piacere all'altro. Tale episodio è stato esplorato tramite "L'Imagery with rescripting" per elaborare e modificare le immagini e le emozioni minacciose emerse. Durante lo svolgimento dell'attività immaginativa, Simona decide di introdurre nella scena sua madre. Si ragiona poi su come lei abbia scelto sua madre, una figura che non c'è più, come figura che si prendesse cura di lei e dei suoi bisogni e che cambiasse la situazione per farla sentire al sicuro e per far sì che i suoi bisogni venissero soddisfatti. Si è andato poi ad individuare quali risorse umane ha intorno a sé a cui potersi appoggiare nei momenti di difficoltà considerando che ad oggi non ha contatti con nessun familiare e che la sua cerchia di amici sia al momento non molto stabile.

Al rientro dalle vacanze estive, riferisce di sentirsi agitata e sopraffatta dai vari impegni: il lavoro, l'università, la casa e la cura del cane, la gestione della nuova relazione e degli amici, la volontà di riprendere ad allenarsi. Inoltre, sembra essere aumentato il clima di tensione con il padre e la sorella a causa delle continue discussioni. In seduta, si ragiona insieme stimolando il problem solving, pianificando le attività e gli impegni che ha con l'obiettivo di ridurre il senso di sopraffazione legato alla gestione di

molteplici impegni. In particolare, vengono definiti e gerarchizzati i compiti secondo priorità e fattibilità, con particolare attenzione a quelli che sono i suoi bisogni e scopi al momento maggiormente attivi al fine di favorire un maggiore senso di controllo e autoefficacia. Inoltre, ci si è concentrati sul miglioramento della comunicazione all'interno del contesto familiare, con particolare attenzione alla relazione con il padre, allo scopo di ridurre l'insorgere di discussioni non necessarie. A questo fine, gli episodi riportati vengono esaminati con un'analisi funzionale, che consente di individuare con precisione gli antecedenti, i trigger e le dinamiche che favoriscono l'avvio del conflitto.

A dicembre 2025, è stata effettuata una nuova somministrazione del BDI-II e della SCL-90-R al fine di valutare l'andamento della sintomatologia. Per quanto riguarda il BDI-II, i risultati evidenziano l'assenza di una sintomatologia depressiva clinicamente significativa, una riduzione della componente cognitiva della depressione ($z = -0,78$) e valori contenuti anche nella dimensione somatico-affettiva ($z = 1,06$), suggerendo una sostanziale remissione del quadro depressivo precedentemente rilevato. I risultati della SCL-90-R mostrano una significativa riduzione della sintomatologia psicopatologica generale rispetto alla valutazione iniziale. In particolare, le scale che all'inizio del trattamento presentavano elevazioni clinicamente significative (DEP = 73, ANX = 72, PAR = 75, PSY = 67, GSI = 67, PST = 68) risultano rientrate entro limiti non clinici o prossimi alla norma al termine della terapia (DEP = 59, ANX = 58, PAR = 40, PSY = 46, GSI = 52, PST = 55).

VALUTAZIONE DI ESITO

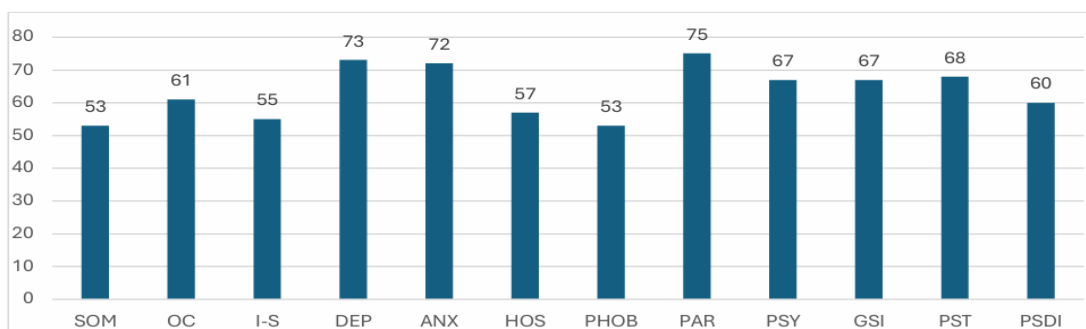
La terapia è ancora in corso. Simona ha definitivamente interrotto la relazione con L. non rientrando più nei circoli viziosi che le portavano ad un riavvicinamento con lui (ad oggi, frequentano sporadicamente lo stesso gruppo di amici ma il loro incontro non le attiva più il pensiero di tornare con lui o di cercare una vicinanza fisica). Le manifestazioni di ansia sono notevolmente ridotte. Ha sostenuto diversi esami durante l'anno accademico. È maggiormente consapevole di quelli che sono i suoi bisogni; ad oggi, si prende il suo tempo e spazio necessario per la preparazione degli esami universitari riuscendo a chiedere dei giorni di riposo al lavoro. La paziente è maggiormente consapevole di quali siano i valori che la spingono ad agire (seguire uno stil di vita sano, fare carriera, apprezzare la vita, fare gioco di squadra). Risulta aumentato il suo senso di autoefficacia (*“Non mi sento più inadeguata. Ora so a lavoro che so fare le cose come gli altri e in alcune cose sono anche più brava”*).

Da maggio ha intrapreso una frequentazione con F., con il quale ha instaurato un rapporto che lei definisce sereno. Si vedono quando gli impegni di entrambi glielo consentono e riesce a non mettere da parte i suoi bisogni e le sue necessità al di fuori di lui. Simona riesce a rispettare i propri tempi senza vivere la vicinanza in modo fusionale. Pur emergendo talvolta il timore che lui possa lasciarla, è ora in grado di riconoscere le situazioni che attivano tali paure e di riformularle. Ad esempio, quando F. non risponde

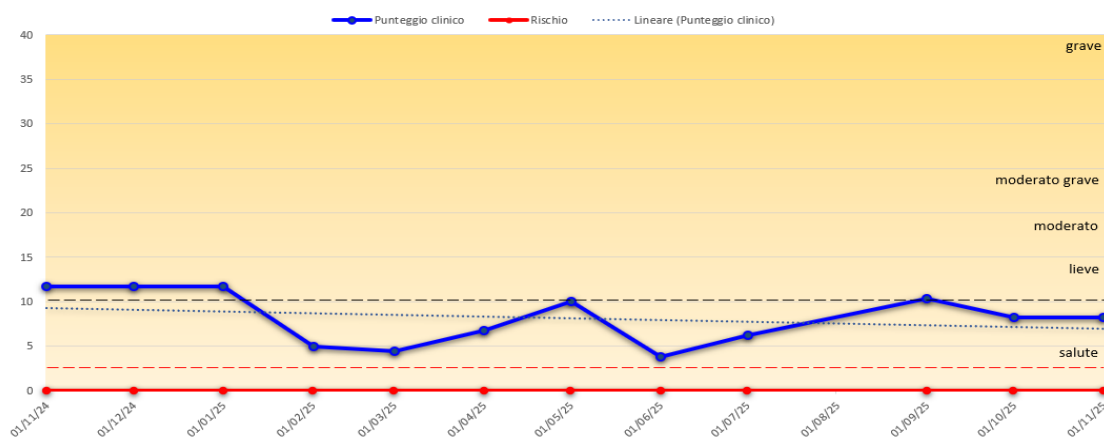
immediatamente ai suoi messaggi, riesce a considerare alternative realistiche e non catastrofiche, evitando di interpretare ogni segnale come un possibile abbandono. Riconoscere le situazioni che attivano i pensieri legati all'abbandono riuscendo a riformularli. Questo indica un miglioramento significativo nella regolazione emotiva e nella lettura degli indizi relazionali. A fine settembre, la relazione si è interrotta di comune accordo a causa di significative divergenze caratteriali. Simona ha riconosciuto una discrepanza nei valori personali, in particolare rispetto alla prospettiva del partner riguardo a una futura relazione stabile e alla genitorialità. Tale consapevolezza l'ha portata a prendere la decisione di allontanarsi. La fine della relazione è stata successivamente elaborata e vissuta in modo sereno dalla paziente.

Ad oggi, Simona mostra una maggiore consapevolezza della dinamica familiare e una comprensione più accurata delle situazioni che possono condurla a discutere con il padre. Di conseguenza, ha ridotto in modo significativo le occasioni in cui tali attivazioni si verificano. Ha inoltre diminuito la ricerca di rassicurazione all'interno della famiglia, che in passato rappresentava un importante fattore scatenante, poiché non otteneva le attenzioni desiderate e ciò contribuiva ad alimentare i conflitti con il padre. Attualmente sta spostando il focus delle rassicurazioni verso risorse esterne al nucleo familiare, come la rete amicale, che percepisce come più disponibile e supportiva

- SCL-90-R



- CORE-OM



DERS-33

Mancanza di accettazione	Difficoltà nella distrazione	Mancanza di fiducia	Mancanza di controllo	Difficoltà nel riconoscimento	Ridotta autoconsapevolezza	P.totale
8	18	20	18	15	6	85

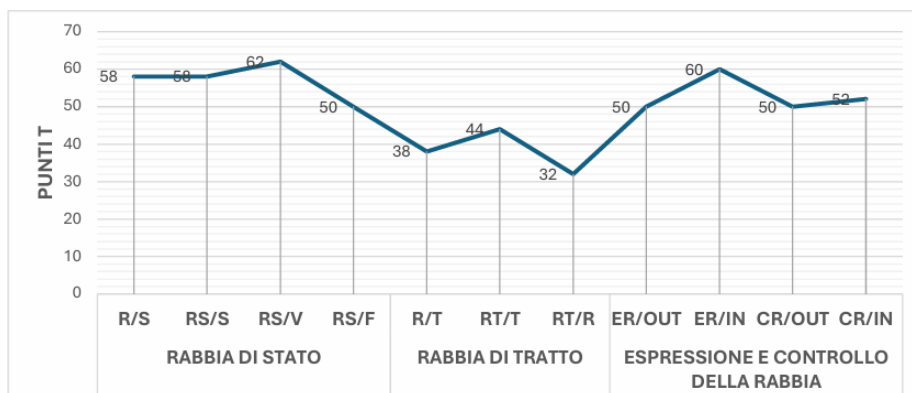
BDI-II

		P. grezzo	Punteggio Z
P. Totale	Sintomi depressivi	25	2,68
Fattore 1	Somatico-affettivo	15	1,89
Fattore 2	Cognitivo	7	2,07

STAI-Y

		P. grezzo	Punteggio Z
Y-1	Ansia di stato	54	1,18
Y-2	Ansia di tratto	56	1,36

STAXI-2

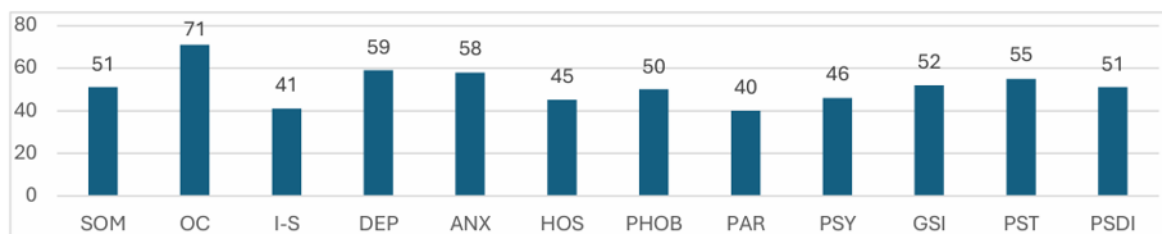


SCID-5

Disturbo	Item Da...A...	Criterio minimo	N° di risposte “Sì”	Approfondite con intervista
Evitante	1 a 7	4	1	NO
Dipendente	8 a 15	5	2	NO
Ossessivo compulsivo	16 a 24	4	7	Sì
Paranoide	25 a 32	4	2	NO
Schizotipico	33 a 45	5	5	Sì
Schizoide	46 a 51	4	4	Sì
Istrionico	52 a 59	5	5	Sì
Narcisistico	60 a 76	5	2	NO
Borderline	77 a 91	5	8	Sì
Antisociale	92 a 106	3	0	NO

BDI- II (Dicembre 2025)

SCALE		P. grezzo	Punteggio z
Sintomi depressivi		13	0,81
Somatico-affettivo		11	1,06
Cognitivo		0	-0,78

SCL-90 R (Dicembre 2025)

Giulia Roncella, Psicoterapeuta, Roma

Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Isola e Reda

e-mail: roncella.giulia@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