

Menti in gabbia Il trattamento psicoterapeutico negli istituti penitenziari

Alessandro Giurgola ¹

¹ Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale – APC Lecce

Riassunto

Il disturbo Antisociale di personalità ed il disturbo Psicopatico di personalità sono spesso considerati lo stesso disturbo, ma ad una più attenta osservazione appaiono differenti e con le loro specificità. Come sappiamo chi è affetto da questi disturbi di personalità non frequenta gli studi di psicoterapia, non solo perché sono disturbi egosintonici, ma anche e soprattutto perché hanno tra le principali caratteristiche il disprezzo per le regole ed i limiti che mal si conciliano con un lavoro psicoterapeutico. Spesso l'opportunità di trattare questi pazienti si ottiene quando sono privati della libertà personale a seguito di reati commessi, anch'essi quali caratteristiche principali del loro funzionamento. All'interno delle carceri, molti detenuti soddisfano i criteri di questa diagnosi e gli effetti secondari della loro condizione, quali disturbi d'ansia e dell'umore, spesso sono delle "leve" utili per trattare questo disturbo lavorando sugli scopi antisociali, sull'empatia e sulla riabilitazione, ai loro occhi, della figura dell'autorità modificandone la rappresentazione da cattiva e abusante, a protettiva e tutelante. L'approccio cognitivo-comportamentale con i suoi modelli di funzionamento del Disturbo e le sue tecniche psicoterapiche appare un valido candidato per il trattamento del DAP e del DPP negli Istituti Penitenziari e nelle Strutture di recupero.

Parole chiave: Antisociale, Psicopatia, Penitenziari, Psicoterapia.

Caged Minds. The psychotherapy treatment in penitentiary system.

Summary

Antisocial personality disorder and Psychopathic personality disorder are often considered the same disorder, but upon closer inspection they appear different and with their specificities. As we know who is affected by these personality disorders does not attend psychotherapy studies, not only because they are egosyntonic

disorders, but also and above all because they have among the main characteristics the disregard for the rules and limits that are poorly reconciled with a psychotherapeutic treatment. Often the opportunity to treat these patients is obtained when they are deprived of their personal freedom as a result of crimes committed, also as main features of their functioning. Inside prisons, many prisoners meet the criteria of this diagnosis and the secondary effects of their condition, such as anxiety and mood disorders, are often useful "levers" to treat this disorder by working on antisocial purposes, on the empathy and rehabilitation, in their eyes, of the figure of authority by changing its representation from bad and abusive, to good and protective. The cognitive-behavioral approach with its functioning models of the Disorder and its psychotherapeutic techniques appears to be a valid candidate for the treatment of DAP and DPP in Prison Institutions and recovery structures.

Key words: Antisocial, Psychopathy, Penitentiary, Psychotherapy

La tutela della salute mentale nelle carceri italiane

La psicologia giuridica e quella forense sono, insieme alla psicologia clinica e di comunità, le principali fonti di metodologia e pratica che hanno contribuito allo sviluppo della psicologia penitenziaria applicata alla rieducazione del reo all'interno degli istituti di pena.

All'interno dell'Istituzione penitenziaria italiana la figura dello psicologo è presente, però non è univoca e non ha un solo mandato, ma fa riferimento a diversi "committenti".

In primo luogo, ritroviamo lo psicologo il cui raggio d'azione è definito dall'articolo 80 della legge 26 luglio 1975, n. 354 per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento dei detenuti condannati, ossia passati in giudicato con sentenza irrevocabile. Gli psicologi definiti gergalmente "Esperti ex art. 80 O.P." sono dei liberi professionisti, consulenti del Ministero della Giustizia ed afferenti al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Il loro compito è quello di svolgere attività di osservazione comportamentale e diagnostica, finalizzati alla definizione di progetti di trattamento e riabilitazione della persona condannata all'interno dell'Istituto penitenziario ospitante e rispondere a quesiti prognostici circa la sua pericolosità sociale. Il suo ruolo, soprattutto nella finalità del trattamento, lo porta ad instaurare relazioni di tipo terapeutico con il detenuto volti a migliorare la propria condizione di vita all'interno della comunità carceraria e allo stesso tempo, favorire il cambiamento di quelle dinamiche comportamentali e psicologiche prognostiche di recidiva, proiettandolo al miglioramento delle condizioni sociali, personali e familiari.

La seconda tipologia di psicologi presenti all'interno degli Istituti penitenziari afferisce al Sistema Sanitario Nazionale con competenza regionale. Le modalità di reclutamento fanno capo al Servizio di Specialistica Ambulatoriale che comprende quelle attività terapeutiche riconosciute nei Livelli

Essenziali di Assistenza (LEA), erogate da psicologi, nello specifico, con specializzazione in psicoterapia operanti negli ambulatori del Servizio Sanitario Nazionale.

La figura dello psicologo si è sostanzialmente sdoppiata, facendo riferimento ora a due Enti pubblici differenti, il Ministero della Giustizia e il Ministero della Salute con compiti differenti anche se, a volte, sovrapposti. La differenza sostanziale è che gli psicologi del Servizio Sanitario Nazionale, come anticipato, devono necessariamente essere in possesso della specializzazione in psicoterapia. La terza tipologia di psicologi inseriti all'interno degli Istituti penitenziari italiani è regolamentata dall' articolo 17 dell'Ordinamento Penitenziario che prevede la partecipazione di soggetti privati e di istituzioni o associazioni pubbliche o private alla funzione rieducativa dei detenuti. Molti psicologi, difatti, organizzati in associazioni, offrono le loro competenze alla realizzazione di progetti educativi e terapeutici finalizzati all'aumento del benessere psicologico dei detenuti. Molti di questi progetti, hanno carattere specificamente terapeutico, oltre che ricreativo, attraverso, spesso, tecniche comportamentali come giochi di ruolo, *homework*, *focus group*, psicoterapie di gruppo, psicodramma e quanto altro possa supportare la persona detenuta e prevenire decorsi depressivi e ansiosi, per lo più.

La tutela della salute della persona ristretta e la condizione di benessere psico-fisico diventano, infatti, funzionali all'attività fondamentale di trattamento volta al recupero sociale dell'individuo. Lo stesso Ministero della Giustizia, attraverso le sue diramazioni organizzative denominate Dipartimenti dell'Amministrazione Penitenziaria, sottolinea che la garanzia della salute psicofisica rappresenta uno dei presupposti fondamentali per qualunque tipologia di trattamento rieducativo della persona detenuta.

L'epidemiologia in carcere

Avere un quadro chiaro circa i dati epidemiologici in riferimento ai disturbi di origine mentale negli istituti penitenziari italiani non è cosa semplice a causa del ritardo nella ricerca epidemiologica e alla difficoltà nella creazione di archivi contenenti questi dati, una tra tutte la difficoltà a superare l'ostacolo proveniente dalla sensibilità dei dati personali trattati. Facendo seguito a quanto riportano le principali associazioni di categoria, nella popolazione detentiva si riscontrerebbero prevalentemente disturbi mentali strettamente correlati a dipendenze da sostanze psicoattive e da alcol, nevrosi e reazioni di adattamento, disturbi di tipo psicotico, seguiti da disturbi della personalità, depressivi e in minima parte da disturbi mentali organici e dello spettro schizofrenico. Risultano, invece di difficile calcolo altri disturbi quali il ritardo mentale o i disturbi

dell'alimentazione. Cercando invece di differenziare per genere questa costellazione di psicopatologia, risultano maggiormente "maschili" i disturbi legati alla dipendenza da sostanze psicoattive, mentre risulterebbero più "femminili" le nevrosi. La distinzione, tuttavia, non può considerarsi netta, quando invece le popolazioni carcerarie presentano altissimi livelli di comorbidità, inclusi disturbi della personalità e uso di sostanze.

Ed a tal riguardo non possiamo non sottolineare quanto molti di questi disturbi, fin qui elencati, siano in comorbidità, o in qualche modo non siano altro che sintomi del Disturbo Antisociale di Personalità, di cui la maggior parte dei detenuti presenti in carcere è affetto, in forme più o meno gravi, fino a giungere alla vera e propria psicopatia. Secondo gli studi di Hare (2003), infatti, la percentuale della popolazione detentiva maschile che soddisfa i criteri per una diagnosi di disturbo antisociale di personalità oscilla tra il 50% e l'80%. Questo aspetto appare molto interessante per testare sul disturbo in questione alcuni interventi psicoterapeutici che altrimenti non sarebbe possibile somministrare. Come sappiamo, i soggetti che sono affetti da Disturbo Antisociale di Personalità sono considerati gravemente "intrattabili" secondo una concezione standard della psicoterapia, proprio per la tipologia di disturbo, che oltre ad essere egosintonico, come molti disturbi di personalità in realtà, appare quello con una prognosi più negativa rispetto agli altri, determinata anche dal rifiuto netto di sottoporsi a trattamenti di tipo psicoterapico ed alla difficoltà di adottare uno stile comportamentale di tipo normativo. Negli istituti di pena e nelle strutture residenziali, paradossalmente, questo aspetto si inverte, o per lo meno di ammorbidisce molto, divenendo invece occasione di riflessione sulle proprie condotte e sulle cause delle proprie azioni. I disturbi dell'umore e d'ansia, in comorbidità con il disturbo antisociale di personalità, divengono trattabili perchè avvertiti come egodistonici, offrendo la possibilità al clinico di "agganciare" il paziente per instaurare una relazione terapeutica che possa poi fungere da leva per avviare ed approfondire la riflessione personale sul disturbo di personalità.

Il disturbo antisociale di personalità e la psicopatia. Similitudini e differenze.

Nel proprio DNA, l'individuo affetto da disturbo antisociale di personalità ha come caratteristica fondamentale la non curanza ed il disprezzo dei diritti altrui. La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'American Psychiatric Association ci consegna tutte le caratteristiche strutturali funzionali per l'inserimento di un soggetto all'interno di questa categoria nosografica. Il soggetto antisociale, per esserlo a pieno titolo, deve essere maggiorenne ed inizialmente aver sviluppato una serie di caratteristiche comportamentali tali da essergli

riconosciuto un disturbo della condotta dall'età di quindici anni. I soggetti antisociali si contraddistinguono per le loro enormi difficoltà a conformarsi alla legge non solo giuridica ma anche e soprattutto morale, motivo per cui, in precedenza, abbiamo sottolineato quanto la stragrande maggioranza di detenuti presenti negli istituti penitenziari, possano riconoscersi in questo tipo di personalità. La loro incapacità a conformarsi al rispetto delle leggi e dei diritti altrui riguarda non soltanto persone sconosciute e con le quali non instaurano rapporti di conoscenza, ma anche familiari stretti, siano essi genitori, partner e figli. Questo aspetto è motivato dall'elevato tasso di immoralità e di manipolazione che questi individui possiedono, che li rende abilissimi a sfruttare l'altro per trarne beneficio, profitto o addirittura semplice e puro piacere personale. La loro esperienza emotiva è estremamente povera, annoverando, per lo più, emozioni fondate sulla rabbia, il disprezzo dell'altro, l'invidia ed il piacere provocato dalla dominanza dell'altro. Se contraddetti, tendono ad essere irritabili e fortemente aggressivi fino a giungere a veri e propri scontri fisici che investono chiunque, da sconosciuti a familiari. Si accosta una mancanza di premura per la sicurezza propria e degli altri, come spesso dimostrano nella guida spericolata causa di frequenti incidenti stradali, o anche nella mancanza di prevenzione di malattie dovute a comportamenti irresponsabili come il fumo o l'abuso di sostanze, o comportamenti sessuali rischiosi. Contrariamente a quanto riferito, si dimostrano incuranti dei bisogni dei propri figli tendendo a soddisfarli in modo incompleto, inadeguato ed inappropriato. Sotto l'aspetto più cognitivo, mostrano indifferenza al dolore altrui ed incapacità a fornire una razionalizzazione che non sia superficiale dopo aver danneggiato, maltrattato o derubato qualcuno. Questo deriva da una convinzione granitica che le proprie vittime siano colpevoli di essere stupide, incapaci e quindi di meritarsi di soccombere a loro ed alla loro superiorità. Si mostrano indifferenti alla loro sofferenza oppure la minimizzano drasticamente. Ciò non li pone nella condizione di avvertire un sincero desiderio di scusarsi per le proprie azioni oppure di porre rimedio e indennizzo ai propri comportamenti spregevoli. L'idea di poter essere sottomessi da qualcuno è inconcepibile. Un dibattito sempre attuale riguarda la loro capacità di empatia che secondo alcuni illustri esponenti della letteratura scientifica, è assente, mentre secondo altri è addirittura più spiccata rispetto a chi non è affetto da questo disturbo della personalità. Secondo i primi, gli antisociali manifestano indifferenza, cinismo sconsiderato e disprezzo profondo nei confronti dei sentimenti, dei diritti e delle sofferenze altrui, praticabile soltanto attraverso un deficit della funzione empatica. Secondo gli oppositori di questa teoria, gli individui antisociali riescono ad avere un atteggiamento empatico di tipo predatorio, riuscendo con estrema abilità a cogliere la risonanza emotiva dell'altro per insinuarsi nella loro mente

manipolando le loro intenzioni ed i loro comportamenti al fine di poterne guadagnare qualcosa in cambio. Molto comune per questi soggetti è possedere un fascino disinvolto, certamente superficiale ma che riesce ad annoverare, per esempio, un linguaggio verbale brillante e tendente ad impressionare positivamente l'altro, attraverso termini tecnici e appropriati volti a dimostrare padronanza dell'argomento. Non brillano per affettività verso l'altro, come dimostrano i comportamenti sessuali promiscui e l'incapacità di legarsi emotivamente ad un solo partner ed avere una relazione monogama. Come genitori possono risultare irresponsabili, maltrattanti ed incuranti dei bisogni dei propri figli, lasciandoli ammalare perché non curati, oppure delegando il partner o i propri genitori nella educazione e nella crescita dei propri figli o addirittura lasciandoli spesso in custodia a vicini di casa o a persone non particolarmente responsabili.

Il disturbo antisociale di personalità ha una prognosi sfavorevole ed un decorso, sfortunatamente, cronico, ma è pur vero che dopo una certa età, solitamente i quarant'anni, i comportamenti antisociali potrebbero subire una flessione naturale.

In letteratura sono due le principali teorie che spiegano il profilo interno del disturbo antisociale di personalità. La prima fa risalire il disturbo ad un deficit dell' amigdala che renderebbe difficile il riconoscimento delle espressioni facciali di paura e tristezza. Due studi di Blair (2001, 2004) dimostrerebbero che gli antisociali adulti avrebbero difficoltà maggiori a riconoscere espressioni facciali spaventate o tristi. Tuttavia, successivi studi hanno poi dimostrato i limiti di questa teoria, riuscendo a ottenere sperimentalmente risultati simili in termini di riconoscimento delle emozioni di paura e tristezza, in soggetti antisociali e non antisociali, manipolando la variabile del focus attentivo e costringendo gli antisociali a prestare maggiore attenzione a tutte le variabili che indicavano nell'altro le emozioni di paura e tristezza. Si è quindi potuto notare che il riconoscimento di tali emozioni era pressoché intatto anche nei soggetti antisociali. La seconda maggiore teoria è quella della scarsa *ferfulness* o bassa reattività alle conseguenze negative, ben esplicitata da Kochanska (1997). La tesi riprende la disfunzione dell'amigdala che si concretizzerebbe meglio, non in un difetto nel processo di teoria della mente come per Blair, ma in una bassa reattività a stimoli minacciosi e ad una bassa attivazione della paura per le punizioni conseguenti alle trasgressioni di norme morali, dimostrando di fatto la non curanza per questo tipo di norme. Anche questa teoria ha i suoi limiti. Per esempio è stato dimostrato da studi successivi a quello di Kochanska che innanzi ad una minaccia dello stesso danno anche un soggetto antisociale avrebbe più paura se la minaccia provenisse da un'autorità autorevole piuttosto che da un individuo neutro o da un'autorità autoritaria e iniqua. Ed ancora, è possibile che l'antisociale sia insensibile

alla punizione per una conseguenza di un proprio comportamento ma certamente non sarà insensibile al senso di umiliazione che invece da quella punizione ne deriva, disconfermando, di fatto la teoria secondo la quale non proverebbe paura delle punizioni, ma in realtà possiederebbe un limitato corredo di scenari possibilmente spaventanti rispetto ai non antisociali. Secondo Mancini et al. (2009), esiste una terza via che spiegherebbe il disturbo antisociale riportandolo alla valutazione degli scopi e delle credenze del paziente. La norma morale non ha alcun peso per gli antisociali, a seconda della severità del loro disturbo, semplicemente perché non viene attribuito un valore adeguato a quelle norme a seguito della limitata importanza attribuita al rispetto degli scopi morali ed altresì maggiore peso attribuito a scopi prettamente antisociali che annoverino come valori la vendetta, la dominanza e così via. Questo avverrebbe sin dall'infanzia, dovuto a stili di *parenting* disfunzionali e da esperienze evolutive precoci di grave deprivazione affettiva ed educativa. I bambini che subiscono questa modalità educativa apprenderebbero che l'autorità è quasi sempre illegittima ed ingiusta, arbitraria e non prevedibile, non imparziale, trascurante e assente, eccessivamente controllante oppure debole ed inadeguata, provocandone quasi una naturale avversione. L'autorità prettamente genitoriale nell'infanzia diventa poi nell'età adulta esterna al nucleo familiare. Lo stato mentale sottostante al disturbo antisociale sarebbe quello che percepisce l'autorità come ingiusta e non protettiva, gli altri come sempre ostili e il rispetto delle norme morali come infruttuoso.

Quindi l'assenza di rimorso dei soggetti antisociali e l'indisponibilità a rispettare norme sociali ed etiche, possono essere spiegati come il risultato di particolari esperienze evolutive in grado di disporre il soggetto a specifici investimenti in termini di scopi e credenze.

Come già accennato, uno dei problemi principali per il trattamento di questo disturbo risiede nel fatto che, chi ne soffre, non fa alcuna richiesta di aiuto o di cure o di trattamenti psicoterapeutici perché non ritiene di essere egli stesso il problema, piuttosto che sia il mondo intero a non ragionare con i suoi valori, e colpevole di essere cattivo e suo nemico. Possono esserci condizioni particolari di minore severità del disturbo che permettano ai familiari di svolgere una azione di "ricatto morale" e provare ad obbligarli ad una cura ambulatoriale, ma queste strategie non sono minimamente funzionali perché inesorabilmente destinate a fallire. Il paziente potrebbe sfruttare il *setting* terapeutico per acquisire maggiori competenze nella gestione della relazione con gli altri, comprendere i suoi punti deboli e rinforzarli non discostandosi, però, dall'obiettivo finale di approfittarne in qualche modo. Potrebbe essere una buona indicazione quella di proporre per questi pazienti un trattamento in strutture residenziali specializzate che garantiscano le esigenze

terapeutiche associando un contenimento che non sia solo emotivo ma anche fisico, limitando di fatto il rischio di favorire le esternalizzazioni tipiche di questi soggetti. Ecco perché gli Istituti penitenziari, sembrerebbero essere dei candidati ideali a rappresentare strutture adeguate alla somministrazione del trattamento, che nello specifico, deve essere combinato tra trattamento farmacologico e psicoterapia. Il trattamento farmacologico si pone l'obiettivo di ridurre alcuni sintomi disfunzionali e potenzialmente pericolosi per gli stessi pazienti ma anche e soprattutto per gli altri. Alcuni incoraggianti risultati nel trattamento specifico del comportamento aggressivo sono stati raggiunti da medicinali quali la carbamazepina (un anticonvulsivante), la fluoexetina e la sertralina (antidepressivi), il litio (uno stabilizzatore dell'umore), il buspirone (un ansiolitico) e gli antipsicotici. Non trascurabili risultano essere anche alcuni farmaci che mirano a ridurre il livello ormonale sessuale, tipicamente coinvolto nel comportamento esternalizzante, aggressivo e dominante. Questi auspicabili risultati per il trattamento sono spesso temuti dagli stessi pazienti che associano la diminuzione di tali comportamenti ad una riduzione della loro impulsività e di conseguenza come rischio per la loro incolumità, percependosi vulnerabili agli attacchi. Di contro, il trattamento psicoterapeutico è rivolto a sollecitare un contatto con le proprie emozioni e la tolleranza delle stesse, soprattutto di quelle più spiacevoli. Oltre a questo, fondamentale importanza riveste il lavoro di consapevolezza sulle conseguenze delle proprie azioni, lavoro finalizzato ad un più adeguato processo di *problem solving* che non annoveri l'aggressività, la manipolazione e l'inganno come uniche strategie d'azione ma contempli l'assunzione di responsabilità ed un embrionale senso morale.

A questo punto occorre ragionare un distinguo necessario. Spesso negli anni vi è stata sostanziale sovrapposizione tra il Disturbo Antisociale di Personalità e il Disturbo Psicopatico di Personalità, erano di fatto sinonimi. È convinzione diffusa, ormai da anni, che in realtà non sia così. Secondo Hare (1996) siamo di fronte a due disturbi differenti. Egli stesso evidenzia che nella popolazione detentiva, tra coloro che soddisfano i criteri per il disturbo antisociale, un 20% soddisfa quelli per il disturbo psicopatico, utilizzando criteri più severi e stringenti. Questi fanno riferimento a dimensioni più affettive ed interpersonali e sono ben esposti nella Psychopathic Checklist Revised (PCL-R: Hare 2003), strumento *gold standard* per l'assessment della psicopatìa. Quando parliamo di criteri per la diagnosi di disturbo psicopatico di personalità dobbiamo fare estrema attenzione a non confonderli con quelli necessari alla diagnosi del disturbo antisociale di personalità, perché, se è vero che molti psicopatici soddisfano i criteri per un disturbo antisociale, non è scontato il contrario. Parliamo di un soggetto psicopatico, come ci suggerisce Hare, quando possiamo

osservare: fascino superficiale, grandioso senso di valore personale, grande intelligenza, assenza di segni di pensiero irrazionale o di nervosismo, egocentrismo patologico, incapacità di provare amore o affetto, bisogno di stimolazioni, uso patologico di menzogne e manipolazione, mancanza di rimorso e senso di colpa, insensibilità e mancanza di empatia e di *insight*, scarso controllo comportamentale, mancanza di obiettivi realistici, impulsività, irresponsabilità, relazioni sentimentali brevi, tendenza alla criminalità. Per quanto molti di questi criteri siano già stati esposti precedentemente nella discussione sul disturbo antisociale di personalità, sembra piuttosto chiaro che il soggetto psicopatico presenta una costellazione di sintomi più ampia e incentrata sugli affetti e l'instaurazione di relazioni dannose con gli altri. Caratteristica è la freddezza emotiva e la grave compromissione nella risonanza empatica, che invece come si è detto per gli antisociali è solo apparente o comunque limitata. Nello psicopatico le emozioni sono simulate, sono una pantomima di quelle reali, che pur riconoscendole e sapendole interpretare, faticano a sperimentarle sinceramente sulla propria pelle. Gli psicopatici hanno una progettazione più approfondita, elaborata e meno lasciata al caso, rispetto agli antisociali, e gli stati mentali sono orientati agli scopi ed al loro raggiungimento e spesso hanno a che fare con l'egoismo ed il danneggiamento altrui. Le credenze riguardano la convinzione che l'altro sia ostile e aggressivo e desideri il suo annientamento, motivo per cui occorre diventare aggressore per evitare di essere aggrediti, sfruttatore per evitare di essere sfruttati, ladro per evitare di essere derubati. Socialmente è più limitato e meno disponibile ad aggregarsi e a cooperare con altri simili per il raggiungimento dei suoi scopi che restano egoistici ed individualistici. Sembrerebbe, inoltre, meno correlata significativamente all'insorgenza del disturbo l'estrazione socio-culturale come invece è per gli antisociali. Gli psicopatici possono essere ben integrati nel tessuto socio-economico della società e provenire da ambienti non devianti e non svantaggiati riuscendo con assoluta disinvoltura a mimetizzarsi in un gruppo di soggetti sani, cosa che riesce difficile all'antisociale che invece sfoggia sempre un atteggiamento prepotente ed arrogante che passa difficilmente inosservato. Differenze significative, secondo Greco e Grattagliano (2014), oltre a quelle emozionali e cognitive, sono da ricercare anche nelle caratteristiche neurobiologiche per le disfunzioni dell'amigdala e della corteccia prefrontale. Non solo, una differenziazione importante tra i due disturbi è la prognosi, che per quanto sia negativa per entrambi, per i soggetti psicopatici è ancor più infausta. È il lavoro di Hare a ricordarci che nella stragrande maggioranza dei casi, una diagnosi di disturbo psicopatico di personalità è predittiva di un fallimento nel trattamento e nella riabilitazione, oltre ad essere

predittiva di recidiva e di perpetuazione di crimini violenti e quindi di un reingresso in carcere dopo poco tempo.

Gli individui psicopatici così come quelli antisociali non fanno alcuna richiesta di cambiamento, come già detto, poiché il loro disturbo è egosintonico ma a differenza dei primi che “approfittano” (la scelta del termine non è casuale) della condizione detentiva o comunque restrittiva per avviare una riflessione sulle proprie condotte e sugli aspetti più egodistonici dei loro comportamenti come ansia, depressione, frustrazione, che possono fungere da “aggancio” per un lavoro terapeutico, gli psicopatici appaiono meno sensibili a queste condizioni e meno esternalizzanti, celando al proprio interno la sofferenza che potrebbe poi essere trasformata in motore propulsore del senso di ingiustizia subita, di vendetta, e soprattutto compromettere, se la sofferenza fosse ammessa, la loro identità come uomini (o donne) tutti d’un pezzo, incrollabili, forti e determinati a ritrovare il proprio valore personale. Mancini et al. (2009) invitano il clinico a porre attenzione quando lavora con questi individui affinché non si tenti a lavorare, per esempio, sulla promozione e sullo sviluppo della risonanza empatica che in questi casi potrebbe addirittura essere messa al servizio degli scopi sadici ed immorali. Quindi, se sussistono le condizioni, e certamente non con soggetti psicopatici, preferire procedure specifiche indirizzate a guidare il paziente a comprendere la natura e le ragioni del proprio comportamento attraverso un riesame della propria storia di apprendimento (al fine di ridurre la percezione di essere nati cattivi ed aggressivi); favorire esperienze più positive dell’autorità (evidenziandone, ad esempio, la funzione protettiva e di vigilanza rispetto ai diritti e ai doveri reciproci); gestire le contingenze in maniera da rendere certe e prevedibili le conseguenze dell’azione sia in riferimento alle “punizioni” (certezza della pena) che ai “guadagni” meritati; ridurre il *bias* attributivo ostile; incoraggiare la costruzione di un ruolo sociale (atteggiamenti, competenze, ecc.) utile a favorire l’appartenenza e la cooperazione; far sperimentare il piacere e la funzionalità dell’affiliazione e della prosocialità; connettere il valore personale e la buona immagine con il comportamento eticamente corretto.

I protocolli ed i programmi di trattamento cognitivo-comportamentale in carcere

Sebbene la terapia cognitiva di Beck non sia stata originariamente sviluppata per il trattamento di soggetti antisociali, la vita cognitiva dei pazienti antisociali può essere compresa in questo quadro, che concettualizza la psicopatologia attraverso tre livelli di credenza: schemi e credenze fondamentali, credenze intermedie e pensieri automatici (J. S. Beck, 2011; Beck et al., 1990, 2004). Gli obiettivi cognitivi dei pazienti antisociali possono inizialmente non essere “comuni” ad altri

disturbi, ma ad un esame più attento, possono essere visti, sotto molti aspetti, come l'inverso di quelli che si trovano comunemente nei pazienti depressi e ansiosi. Ad esempio, i devianti cronici non sembrano inclini a criticare duramente o incolpare se stessi quando ricevono un feedback negativo, come si può vedere comunemente con i pazienti depressi. Né il loro problema è quello di spaventarsi o sopravvalutare i risultati negativi, come è comune per coloro che soffrono di ansia. I modelli di pensiero antisociale possono essere esattamente l'opposto, mostrando una tendenza a minimizzare la responsabilità per gli esiti negativi e a sottovalutare il pericolo e il rischio a favore di previsioni eccessivamente ottimistiche e egoistiche (Maruna e Mann, 2006). Utili nel lavoro con pazienti antisociali sono i confini chiari e saldi, fiducia, assertività e capacità di rimanere motivati durante tutto il processo terapeutico. Come già detto, il trattamento iniziale dovrebbe concentrarsi sull'alleanza terapeutica, poiché ciò faciliterà il paziente a sentirsi più a suo agio e sicuro nell'esporre le proprie vulnerabilità. Durante tutto il processo terapeutico, la costante riaffermazione della natura collaborativa della terapia aiuterà anche a responsabilizzare il paziente in merito alle questioni di fiducia.

Pertanto, è necessario indirizzare i nostri interventi sia su aspetti cognitivi che comportamentali, e questo vale anche per comportamenti di tipo aggressivo, violento o criminale. Solitamente, con individui con queste problematicità, appaiono particolarmente utili programmi di *social skills training*, ragionamento morale, gestione dell'emozionalità. Alcuni di questi programmi sono stati messi in pratica in diversi istituti internazionali. Tra questi troviamo il training per la sostituzione dell'aggressività (Goldstein 1987), il programma di *Reasoning and Rehabilitation* (Ross 1985), e la terapia di ricognizione morale (Little 1988). Questi programmi hanno come elemento centrale dei protocolli di formazione per il graduale sviluppo delle abilità sociali e per lo sviluppo di un ragionamento morale, che come abbiamo detto in precedenza, è di fondamentale importanza per il trattamento del disturbo antisociale di personalità. Altri programmi tipici dell'orientamento cognitivo-comportamentale, hanno a che vedere con la modifica del comportamento in un'ottica prettamente comportamentale, volti ad estinguere il comportamento disfunzionale attraverso punizioni conseguenti ad un comportamento-problema, premiando invece attraverso rinforzi positivi e negativi, quello desiderabile e adeguato da rinforzare e mantenere (Bandura, 1969; Skinner, 1953).

Altre tipologie di tecniche di cambiamento cognitivo-comportamentali, hanno come focus primario l'attenzione ai processi cognitivi ed emozionali che funzionano come interazione e dialogo tra gli stimoli ricevuti ed i comportamenti emessi. Tipico strumento di valutazione di questa connessione

sono gli ABC, che puntano a “rallentare” la sequenza stimolo-risposta. Il paziente, portando l’attenzione alla componente cognitiva “B” sollecitata da un evento “A”, riesce a comprendere quali rappresentazioni ed interpretazioni personali abbiamo causato la risposta comportamentale ed emotiva “C”. Al fianco di queste procedure, non poca importanza ha la teoria dell’apprendimento sociale, che include come variabili la desiderabilità sociale per spiegare, e di conseguenza cambiare, i modelli di comportamento (Akers, 1977).

Allo stato attuale i protocolli che appaiono maggiormente incoraggianti per il trattamento del disturbo antisociale sono, ad esempio programmi comportamentali e cognitivo-comportamentali che comprendono un’ampia categoria che va dai programmi di *token economy* a quelli più cognitivisti, che dalle ricerche condotte su gruppi di antisociali, sembrerebbero essere più efficaci rispetto ai gruppi di controllo sottoposti a semplici protocolli di sostegno psicologico, soprattutto in termini di recidiva e di sostituzione dei comportamenti aggressivi. Alcune di queste tecniche più prettamente comportamentali possono contemplare, ad esempio, un contratto di emergenza: sistema in cui l’autore di reato firma un contratto vero e proprio in cui la persona delegata a sorvegliarlo, in merito a comportamenti specifici, è nelle condizioni di somministrare particolari punizioni come disincentivo a ripetere un comportamento-problema. Questo tipo di programma, ad esempio, è molto frequente nelle comunità terapeutiche e meno negli istituti penitenziari. Nei programmi di *token economy*, ad esempio, si invita il paziente a mettere in atto comportamenti virtuosi quali aiutare un compagno, pulire la propria cella o stanza, in cambio di gettoni che possono poi essere scambiati con alcuni privilegi pratici come guardare di più la tv, fare una telefonata straordinaria alla famiglia e così via.

Tecniche più cognitive invece annoverano programmi di consulenza individuale e *training* su abilità cognitive con l’obiettivo di favorire un più adeguato *problem solving*. Ed ancora, *training* di abilità sociali per favorire una più corretta capacità relazionale con gli altri finalizzata a migliorare le abilità di empatia, mentalizzazione e *perspective taking* e ridurre le occasioni di distorsione cognitiva ed errata interpretazione delle motivazioni altrui.

Per nulla trascurabile nel trattamento intra carcerario dei disturbi mentali sembra essere l’effetto positivo della “semplice” attività di **psicoeducazione** e di divulgazione delle possibili conseguenze sulla salute mentale della condizione detentiva o di ciò che l’ha causata, in termini non stigmatizzati ma terapeutici. Se fatta in modo mirato, la psicoeducazione, può aiutare a sensibilizzare il paziente sulle sue difficoltà comportamentali e su come hanno impattato su se stessi e sugli altri. Questa

consapevolezza può, a sua volta, aiutare il paziente a prendere decisioni informate su come cercare e ricevere aiuto per risolvere i problemi.

Il ricorso alla psicoeducazione parrebbe avere anche buoni risultati in merito all'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica, fondamentale per ogni trattamento. Lo studio di Thylstrup, Schrøder ed Hesse del Centro di ricerca su droghe e alcol di Copenhagen del 2015 fornisce la prima prova che il programma *Impulsive Lifestyle Counselling*, un intervento psicoeducazionale di breve durata e altamente strutturato, aumenta l'efficacia del trattamento per i disturbi da uso di sostanza per i pazienti in comorbilità con il disturbo antisociale di personalità.

Uno studio di Maunder del 2009 che ha esaminato l'uso di opuscoli di auto-aiuto in un carcere di media sicurezza ha misurato i sintomi dell'ansia usando l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) alla fine di un intervento di quattro settimane. I sintomi sono stati ridotti rispetto al *base line* per il gruppo di trattamento ma non per il gruppo controllo. E' stato dimostrato che, l'intervento della psicoeducazione sul disturbo e sulla psicoterapia era più efficace rispetto alla sola psicoterapia, così come misurato attraverso la State-Trait Anxiety Inventory otto settimane dopo la fine delle sessioni.

Non solo abuso di sostanze, ma anche la prevalenza di ansia e depressione, come abbiamo detto, nelle popolazioni criminali è molto più elevata rispetto alla popolazione generale (Singleton, Lee e Meltzer, 2000). A seconda della metodologia di studio e delle definizioni utilizzate, i tassi nel Regno Unito sono stati stimati tra il 30% e il 75%, con tassi più elevati nei giovani, nelle donne, negli anziani detenuti (Harris, Hek, & Condon, 2007; Singleton, Meltzer, Gatward, Coid e Deasy, 1997). La presenza di depressione è un importante fattore di rischio di comportamento autolesivo e suicidario. Ad esempio, una *review* suggerisce che il rischio di suicidio per le persone con un disturbo affettivo è di circa il 2%, quattro volte superiore alla popolazione generale (Bostwick e Pankratz, 2000), mentre un'altra *review* esamina i tassi di suicidio negli individui con diagnosi di disturbo di depressione maggiore in nove differenti paesi sviluppati, ed ha stimato il rischio in venti volte più elevato (Harris e Barraclough, 1997). In questa popolazione, sembrano essere premonitori di tale rischio alcuni fattori tra cui, una detenzione di lunga durata, un alto rischio di recidiva criminale, la mancanza di sostegno sociale, lutto di un parente stretto o amico, precedenti tentativi di suicidio, una storia familiare di suicidio, impulsività e alcol o abuso di sostanze (Daigle, Labelle e Côté, 2006). Una ricerca condotta nelle carceri del Regno Unito ha rilevato che il 35% degli uomini in custodia cautelare e il 20% degli uomini condannati in via definitiva aveva avuto pensieri suicidari nell'ultimo anno; per i tentativi di suicidio invece, le cifre

erano rispettivamente del 15% e del 7%. Per le donne detenute, il 50% delle donne in custodia cautelare e il 34% delle condannate in via definitiva aveva avuto pensieri suicidari nell'ultimo anno; per i tentativi di suicidio, invece, parliamo di cifre rispettivamente del 27% e del 16% (Singleton et al., 1997). Inoltre, alti tassi di alcol e di sostanze sono associati a disturbi dell'umore (Regier et al., 1990). Tuttavia interventi efficaci per la popolazione comune, in un contesto di libertà personale possono non necessariamente essere replicabili per chi in libertà non è. Ciò può essere dovuto alla gravità sottostante delle condizioni, alla comorbilità con altri disturbi mentali e altri aspetti sociali che producono delle condizioni di sostanziale refrattarietà al trattamento. Dal momento che i detenuti vivono alcune delle condizioni peggiori di salute mentale all'interno della società, migliorare la loro salute contribuirebbe a ridurre le disparità e la disegualianza sociale.

Un programma interessante utilizzato in diversi istituti internazionali come trattamento della depressione a seguito di eventi traumatici, in carcere, è il **Narrative Exposure Therapy** (NET; Victims Voice, 2013), un trattamento basato su terapia cognitivo-comportamentale di esposizione rivolta a soggetti che hanno sofferto gravemente di traumi ripetuti. L'obiettivo del trattamento è di ricordare le esperienze passate risalenti ai primi ricordi e poi concentrarsi sul peggior evento traumatico che hanno vissuto. Lo scopo è che, parlando ripetutamente di quest'ultimo, l'intensità delle emozioni associate con l'evento si riduca.

Ancora, il **Trauma Incident Reduction** (TIR, Trauma Incident Reduction Association, 2013) è anche una terapia che mira a ridurre i sintomi di eventi traumatici precedenti. Lo scopo del trattamento è consentire a un individuo di rivivere l'evento traumatico in un ambiente sicuro e processare le emozioni ed i pensieri disfunzionali associati. Viene somministrato in un arco di tempo molto più breve rispetto alle terapie catartiche tradizionali. Per la depressione da esperienze traumatiche, NET e TIR sembrano efficaci. Nello studio di Bichescu e del 2007, l'utilizzo della NET in ex detenuti politici, ha fatto sì che il gruppo di trattamento abbia sperimentato meno sintomi di depressione misurati dal Beck Depression Inventory a sei mesi di follow-up, rispetto ad un gruppo di controllo che ha ricevuto solo psicoeducazione senza NET. La riduzione nei sintomi della depressione valutati da BDI era maggiore nel trattamento rispetto alla gruppo di controllo a tre mesi di follow-up in uno studio di somministrazione anche della TIR in detenute in regime detentivo di medio-bassa sicurezza in prigione (Valentine & Smith, 2001).

Ulteriore strumento efficace nel trattamento della depressione da eventi traumatici è risultata essere la **Dialectical Behavior Therapy**. La DBT è una forma di terapia di gruppo sviluppata per soggetti con disturbo borderline di personalità (BPD), comportamento autolesionistico o ideazione

suicidaria. Comprende quattro moduli, che mirano ad aiutare l'individuo a guadagnare consapevolezza, la capacità di provare le emozioni spiacevoli e mantenersi in contatto; tolleranza all'angoscia, capacità di tollerare ed essere razionali nei confronti di situazioni negative; regolazione delle emozioni, capacità di evitare stati d'animo labili o intensi, efficacia interpersonale, capacità di essere assertivi ed evitare conflitti interpersonali.

Nello studio di Bradley e Follingstad, (2003), indagando il suo utilizzo nelle donne detenute che avevano subito abusi fisici e sessuali durante l'infanzia, la riduzione dei sintomi della depressione valutati con test BDI una settimana dopo l'inizio dell'intervento è stato maggiore rispetto al gruppo di controllo che non era stato sottoposto allo stesso protocollo. Il miglioramento non è stato osservato soltanto con le detenute donne, ma è stato visibilmente raggiunto anche in un gruppo di detenuti maschi più adulti che hanno ricevuto un protocollo di training fisico, per invertire la chimica del corpo e scaricare l'aggressività, della durata di dodici settimane e un programma di educazione sanitaria in un carcere di massima sicurezza, al contrario del gruppo di controllo che non lo ha fatto (Cashin, Potter, Stevens, et al., 2008). La routine di allenamento consisteva in due sessioni settimanali personalizzate di attività cardio e resistenza respiratoria, allenamento di forza e flessibilità, mentre l'educazione alla salute era pressoché centrata su una dieta sana e dei sani ritmi di sonno. I ricercatori hanno osservato una perdita considerevole dei livelli di aggressività e dei sintomi depressivi.

Questi tre protocolli, il NET, il TIR e la DBT, hanno ottenuto dei risultati incoraggianti non solo nel trattamento dei disturbi depressivi legati a memorie traumatiche, ma si sono dimostrati utili anche nel trattamento delle variegate sfumature dei disturbi d'ansia presenti all'interno della popolazione detentiva.

Tra gli interventi tipici della psicoterapia cognitivo-comportamentale applicabile ai contesti detentivi sta, negli ultimi anni, raggiungendo sempre maggiore rilievo, la psicoterapia basata sulla pratica della **Mindfulness**. Queste psicoterapie, hanno mostrato una discreta efficacia nel migliorare i sintomi depressivi ed ansiosi nei detenuti che si sono sottoposti a questo tipo di trattamento (Yoon, Slade, and Fazel 2017). I partecipanti a questo intervento hanno mostrato miglioramenti significativi in cinque punti chiave: l'affettività negativa, il *craving*, la rabbia e l'ostilità, la capacità di autocontrollo e di rilassamento, l'autostima e l'ottimismo. I partecipanti hanno, inoltre, mostrato una riduzione oggettiva negli indici di misurazione dei sintomi depressivi del BDI e nei sintomi di astinenza da sostanza. Questa scoperta è particolarmente rilevante alla luce della maggiore prevalenza dell'uso di sostanze tra le popolazioni di detenuti rispetto alla popolazione comune. E'

pur vero che Griffiths (1996) riconosce che la meditazione può essere molto "avvincente" ed in uno dei pochi studi empirici che esaminano gli effetti avversi della meditazione, Shapiro (1992) lo ha affermato, postulando che il 63% dei meditatori (n = 27) ha riportato almeno un effetto avverso che in alcuni casi includeva sentirsi dipendenti dalla meditazione, soprattutto in soggetti con tratti di personalità dipendente. Inoltre, la pratica della consapevolezza richiede competenza nella meditazione e in genere molti anni (se non decenni) di allenamento focalizzato per raggiungere la massima efficacia.

Gli studi in letteratura si sono concentrati principalmente sulle tecniche di consapevolezza *vipassana*. Gli interventi che integrano le pratiche buddiste di compassione e gentilezza amorevole possono avere degli ottimi risultati nel trattamento del disturbo antisociale di personalità ed in tutto il corollario sintomatico. All'interno del buddismo, amorevolezza e compassione rappresentano due dei "quattro atteggiamenti sublimi". Come parte della formazione in questi atteggiamenti, il praticante entra in assorbimento meditativo e quindi distribuisce o "irradia" la compassione e la gentilezza amorevole verso tutti gli esseri senzienti (se considerati come amico o nemico) in egual misura. Questo, va da sé, è un allenamento fondamentale per chi invece, di base, utilizza l'emotività, l'affettività e l'empatia, per far del male all'altro o pensa che l'altro sia sempre meritevole di disprezzo.

Inoltre, in una recente rassegna di interventi di meditazione, compassione e gentilezza amorevole, Hofmann, Grossman e Hinton (2011) hanno sottolineato in modo specifico l'idoneità di queste tecniche per il trattamento di problemi di discontrollo della rabbia, come sappiamo tipica dei soggetti affetti da disturbo antisociale di personalità. Dagli studi, quindi, si conclude che i trattamenti basati sulla mindfulness possono essere fattibili ed efficaci in contesti riabilitativi per le popolazioni incarcerate. Altri studi, più ottimistici, affermano e forniscono prove preliminari per l'idoneità di questi trattamenti per le popolazioni criminali con esigenze criminogene più specifiche, come gli psicopatici. Altro aspetto interessante, e sicuramente da approfondire è quello secondo il quale i trattamenti psicoterapici basati sulla mindfulness migliorano la regolazione dell'eccitazione sessuale deviante (Singh, et al., 2001; Derezotes, 2000). Haney (2006) suggerisce che le atmosfere negli istituti penitenziari contribuiscano a favorire lo sviluppo di comportamenti aggressivi ed ostili nei detenuti che potrebbero essere predittori di recidiva. Un protocollo ben noto e strutturato nella psicoterapia cognitivo-comportamentale è il Mindful Based Stress Reduction sviluppato da Jon Kabat-Zinn nel 1979 nel tentativo di occidentalizzare e rendere accessibili antiche tecniche meditative a persone che non cercano necessariamente la meditazione per scopi spirituali, come i

pazienti che soffrono di dolore cronico. Per Kabat-Zinn (1990), l' MBSR è composto da tre tecniche principali: consapevolezza sul respiro nella meditazione seduta, la scansione del corpo sdraiato e posture Hatha yoga. Queste tre tecniche sono consigliate in vari disturbi per un periodo di otto settimane, con un insegnante e con l'ausilio di audioguide di orientamento. Nelle prime settimane, viene chiesto di eseguire la tecnica di scansione del corpo per circa quarantacinque minuti e meditazione seduta per dieci minuti ogni giorno. Mentre i praticanti avanzano nel percorso attraverso il programma MBSR, le scansioni del corpo diminuiscono e aumenta la meditazione formale seduta. Dopo il periodo di otto settimane, i praticanti dovrebbero avere un buon senso di ciò che funziona meglio per loro, e possono modellare il programma MBSR per adattarlo alle esigenze individuali (Kabat-Zinn, 1990). Nei protocolli all'interno degli istituti penitenziari, si segue principalmente lo stesso programma, con alcune modifiche nella durata che si accorcia da otto a sei settimane (Samuelson et al., 2007).

Un ulteriore programma realizzato in gruppi di detenuti è denominato **EQUIP**, ed è un programma cognitivo-comportamentale che viene impiegato in vari istituti di correzione, per lo più giovanili ed in strutture terapeutiche in Nord America, Europa e Australia. EQUIP è progettato per insegnare ai giovani antisociali a pensare e ad agire in modo responsabile combinando un *peer-help* ed un approccio di *streaming* delle competenze. L'approccio peer-help del programma EQUIP si basa su un modello di *peer culture* (PPC) positivo (Vorrath & Brendtro, 1985). Questo modello mira a trasformare una cultura negativa tra pari in una cultura positiva nel quale, gli individui, si sentono responsabili l'uno dell'altro e in realtà si aiutano a vicenda (Gibbs et al., 1995). Pertanto, il programma EQUIP mira anche a modificare tre "limiti" specifici dei giovani antisociali: distorsioni cognitive, carenze di abilità sociali e ritardi nello sviluppo morale ed etico. Per superare queste limitazioni, EQUIP mira a potenziare o creare da zero la capacità di problem solving, la gestione della rabbia, la riduzione nella cognizione antisociale, il riconoscimento e la riduzione del pensiero rischioso e riduzione degli scopi antisociali.

In letteratura è da anni noto ormai l'utilità di affrontare **psicoterapie di gruppo**. Questa scelta metodologica porta a miglioramenti rispetto a gruppi di controllo o a terapie esclusivamente individuali.

In particolare, l'uso degli *homeworks*, tipici della psicoterapia ad orientamento cognitivo-comportamentale, ha portato a risultati significativamente migliori. Gli homeworks servono a generalizzare i cambiamenti desiderati dalla sessione di terapia alla vita reale (Cormier e Cormier, 1991). Dato l'ambiente dannoso trovato nelle carceri (Irwin, 1996; Toch, 1992), sembra ragionevole

suggerire che i guadagni terapeutici ottenuti durante una sessione di psicoterapia non possano trasferirsi automaticamente nell'ambiente carcerario. In altre parole, l'ambiente carcerario non è suscettibile alla crescita umana e al cambiamento progressivo. L'uso degli *homeworks*, tuttavia, può consentire ai detenuti di continuare a concentrarsi sul loro lavoro terapeutico e generalizzare i loro sforzi per cambiare, nonostante l'ambiente "dannoso" (Toch, 1992).

Programmi utili ad affrontare le tematiche di cui parliamo, e riconducibili in un setting di gruppo sono alcuni innovativi programmi tra cui troviamo il **Reasoning and Rehabilitation**, lo **Straight Thinking on Probation (STOP)**, lo **Enhanced Thinking Skills (ETS)**, e il **Think First**. Ciò che accomuna questi programmi trattamentali, nelle loro varianti, è il lavoro terapeutico sulla ristrutturazione cognitiva delle credenze e degli scopi antisociali, favorendo la metacognizione sugli stati mentali e sulla sequenza di pensiero che li induce a mettere in atto comportamenti antisociali a danno di quelli più prosociali e ritenuti fin lì, inutili.

Date le particolarità del contesto detentivo e gli obiettivi ragionevolmente raggiungibili, un approccio molto efficace è quello dell'**Acceptance and Commitment Therapy**. Nell'ambito di questo approccio, si ritiene che l'inflessibilità psicologica sia la fonte di una percentuale significativa di psicopatologia, a causa delle conseguenze tossiche di sei processi correlati. La prima, fusione cognitiva, si riferisce alla tendenza a consentire al significato letterale dei pensieri di dominare nella regolazione del comportamento sull'esperienza diretta. Questo processo focalizza l'attenzione dei detenuti sul prendere una posizione "giusta" piuttosto che fare ciò che funzionerà meglio nel tempo. L'evitamento esperienziale si riferisce alla tendenza ad evitare pensieri e sentimenti difficili, anche quando ciò provoca danni alla vita. Ad esempio, i detenuti potrebbero ritirarsi dalle opportunità di crescere e cambiare piuttosto che provare sentimenti di confusione o ansia. La perdita di un contatto flessibile con il presente si riferisce all'incapacità di occuparsi di ciò che è presente in modo flessibile, fluido e volontario, e invece rimuginare sul passato o preoccuparsi del futuro. I detenuti hanno spesso storie dolorose e possono essere esasperati da ricordi difficili insieme alla rabbia, al trauma e al senso di colpa associati. I detenuti dipendono dalle azioni degli altri nel futuro (ad esempio, i consigli di disciplina o di libertà vigilata) e possono diventare passivi e ansiosi di fronte a un futuro immaginario e incerto.

I detenuti possono rimanere bloccati nella loro visione di se stessi (ad esempio, come vittime, come duri e così via) anche quando tali storie hanno prodotto più volte conseguenze negative per se stessi e gli altri. L'ACT si rivolge a queste sei aree problematiche (evitamento esperienziale, fusione cognitiva, dominanza del passato e del futuro sul momento presente, il sé concettualizzato, la

mancanza di contatto con i propri valori e la mancanza di impegno nel perseguire un valore personale) con sei metodi progettati per promuovere risposte più aperte e flessibili. La defusione cognitiva si riferisce alla capacità di vedere il pensiero in volo e di assumersi la responsabilità di esso, piuttosto che semplicemente interagire con il mondo strutturato pensando come se la sua struttura fosse interamente esterna. La defusione aiuta i detenuti a sperimentare i pensieri come sono: eventi appresi, di passaggio e dubbi che la mente lancia avanti e indietro più velocemente di quanto possiamo rintracciare. L'accettazione esperienziale è il processo di sentire in modo aperto e curioso. L'accettazione insegna ai pazienti a vedere le emozioni e le sensazioni per quello che sono e ad imparare da loro senza lasciare che dominino il loro comportamento. L'attenzione al momento presente aiuta a sviluppare la capacità di collocare la consapevolezza nel presente in modo flessibile, fluido e volontario in modo che l'ambiente interno ed esterno possa fungere da contesto per l'azione. Una prospettiva che prende il senso di sé aiuta a fornire un maggiore contatto con la consapevolezza cosciente e aiuta i detenuti a contattare un senso di sé fondato sull'esperienza cosciente e sulla connessione compassionevole con gli altri. L'identificazione dei valori scelti aiuta i detenuti a individuare le priorità autentiche da quelle aliene e ad iniziare a fissare obiettivi realistici e congruenti. Infine, il *commitment* richiede preparazione, sia prima che dopo il rilascio, per prendere le misure necessarie per raggiungere ciò che vogliono. I primi processi sono considerati componenti di consapevolezza all'interno del modello (Fletcher & Hayes, 2005), mentre gli ultimi sono considerati metodi di attivazione comportamentale.

Per molti detenuti, la loro detenzione attuale è solo l'ultima manifestazione di una vita di difficoltà. In tale contesto, non sorprende che molti detenuti si sentano sopraffatti e disorientati di fronte alla possibilità di fare particolarmente meglio nel gestire le sfide della vita. I detenuti potrebbero essere rimasti bloccati per così tanto tempo che potrebbero anche non notare che, in effetti, hanno rinunciato a creare una vita più piena e più vitale in cui possono fare scelte reali che portano a risultati realizzabili.

Nel tentativo di rafforzare il senso di scelta e di azione, i terapeuti che lavorano in carcere a volte dicono ai detenuti, "hai scelto tu di finire in prigione". Il problema è che questa credenza non riesce a invalidare la percezione comune tra uomini e donne detenuti di non essere abbastanza buoni e bravi e che probabilmente non lo saranno mai. Affinché la scelta sia possibile, le persone devono affrontare questi giudizi tossici di sé. Gli approcci *evidence based* lo hanno fatto spesso, tentando di cambiare i giudizi di sé, ma ACT invece cerca di ridurre gli intrecci con loro, aiutando i pazienti a connettersi con il loro desiderio di scopo e significato.

La *Relational Frame Theory* (RFT: Hayes, Barnes-Holmes e Roche, 2001), che sta alla base di ACT, interpreta il linguaggio e la cognizione superiore come una questione di capacità appresa di mettere in relazione gli eventi arbitrariamente. In alcuni contesti, quando le parole e gli eventi sono collegati, si legano così strettamente che il loro impatto può essere eccessivo, come se gli indizi fossero considerati la prova. Esempi di tali contesti sono quelli che supportano il dominio della valutazione e dell'approvazione sociale. Indizi in contesti di questo tipo sono parole come "giusto" o "sbagliato". Questi sono termini estremamente comuni tra le popolazioni detentive. La fusione di questo tipo può indurre le persone a utilizzare ripetutamente strategie inefficaci. Quando fuso, un pensiero come "sono cattivo" non è più solo un pensiero: è una descrizione di una caratteristica inerente alla persona. ACT non tenta di sostituire i pensieri negativi con quelli positivi perché RFT suggerisce che il tentativo di farlo può facilmente espandere le reti che sostengono la fusione e favorire l'eccessivo impatto degli eventi verbali. Invece i metodi di defusione cognitiva sono usati per aiutare a vedere i pensieri per quello che sono: eventi verbali appresi, transitori e discutibili prodotti dalla "macchina della parola". Un esempio è la ripetizione continua di parole, una tecnica in cui i giudizi difficili di sé vengono distillati in una sola parola e poi pronunciati ad alta voce rapidamente per trenta secondi, il che dimostra che la ripetizione riduce drasticamente il loro impatto (Masuda et al., 2009).

Un altro concetto fondamentale è quello di evitamento esperienziale. La distrazione e la soppressione del pensiero sono strategie tipiche di evitamento esperienziale. In carcere, un passatempo diffuso e popolare è lamentarsi delle condizioni della vita quotidiana della prigione. Nell'ambito della terapia, questo può funzionare al servizio dell'evitamento delle cognizioni legate al dolore personale del detenuto. Una mancanza di concentrazione su questo dolore impedisce di accettarlo e blocca i passi positivi. In altre parole, la preoccupazione di un detenuto per le difficoltà della vita in prigione serve a sopprimere la consapevolezza dell'agenda essenziale della sua vita più ampia, sia prima che dopo il loro rilascio dal carcere.

Pensieri e sentimenti difficili tendono a crescere e la preoccupazione di eliminarli porta a una vita che non viene pienamente vissuta. I valori sono scelti quali qualità globali di azioni in corso che stabiliscono significato e scopo nel presente. Definiti in questo modo i valori non sono giudizi, non sono fusi o evitanti, e non sono semplicemente questioni di conformità sociale. Sono scelte positive che sono intrinsecamente significative nel presente. Quando i detenuti non hanno una chiara connessione con i loro valori, spesso seguono invece le regole che hanno imparato dall'ambiente sociale del carcere, essenzialmente valutando e comportandosi in base alle conseguenze sociali

arbitrarie. Secondo la RFT, questo tipo di regola è seguire la conformità (Hayes et al., 2001). In carcere, il detenuto è soggetto a due fonti locali di consenso. Il primo è fondato sulla necessità degli operatori di polizia di mantenere la sicurezza dell'istituzione ed è ufficialmente codificato nel Regolamento di Istituto che elenca le violazioni di condotta passibili di punizione. La seconda fonte di regolamentazione può essere definita il codice d'onore del detenuto, le tacite regole promulgate e applicate dagli stessi detenuti. Un esempio di una regola di questo tipo è "non fare l'infame". Questo tipo di comportamento ribelle o resistente (che è tecnicamente definito contrapposizione) è in realtà una pluralità in senso funzionale perché si basa su conseguenze arbitrarie socialmente mediate (Hayes et al., 1999). Molto spesso la coesione è stabilita in condizioni di controllo avverso piuttosto che di rinforzo positivo e come tale costituisce un fattore evitante. I detenuti che sono catturati dalla confusione e dalla contrapposizione non si concentrano su ciò che vogliono che le loro vite siano. Per contrastare questi processi, il terapeuta ACT suscita i valori dichiarati dal paziente, esaminando attentamente anche la funzione di quelle affermazioni ottenendo valori che si trovano sotto la superficie. In questo modo il detenuto può identificare le direzioni future di valore che provengono dalle sue autentiche priorità (Wilson & Murrell, 2004).

A differenza di altri approcci cognitivo-comportamentali per i pazienti con problemi di rabbia e aggressività, che spesso sono a breve termine, la **Schema Therapy** è una forma di psicoterapia a medio-lungo termine che può durare da due a tre anni o anche più a lungo in pazienti con disturbi di personalità aggressivi, come l'Antisociale, il Narcisistico o il Borderline. La Schema Therapy per i pazienti in istituti penitenziari può essere somministrata anche in gruppi terapeutici oltre che individualmente (Beckley e Gordon, 2009; Farrell, Shaw e Webber, 2009;). I risultati preliminari nei primi trenta pazienti di uno studio clinico randomizzato in corso su detenuti con disturbo di personalità del cluster B nei Paesi Bassi supportano questa tesi: i pazienti che hanno ricevuto tre anni di Schema Therapy hanno mostrato un miglioramento maggiore nella riduzione del rischio di recidiva ed erano più meritevoli e più veloci a ricevere permessi premio e percorsi di risocializzazione all'esterno dell'istituto, oltre alla detenzione domiciliare, rispetto ai detenuti che hanno ricevuto il solito trattamento di sostegno (Bernstein, Nijman, Karos, Keulen-de Vos, de Vogel e Lucker, 2012). Sebbene questi risultati non siano statisticamente significativi in questo piccolo campione iniziale, suggeriscono che investire in trattamenti basati sulla Schema Therapy può essere giustificato dal suo successo nel ridurre il rischio di recidiva.

Il modello teorico della Schema Therapy si basa sui seguenti concetti chiave: schemi maladattivi precoci, risposte di coping disadattive e schema mode (Rafaeli, Bernstein, e Young, 2011; Young et

al., 2003). Gli schemi maladattivi precoci sono temi o schemi autolesionistici su se stessi e sui rapporti personali, si riferiscono a strutture cognitive disadattive che rappresentano sé, gli altri e l'ambiente e le relazioni tra di loro. Gli schemi maladattivi precoci sono entità o schemi duraturi, simili a tratti, originati da esperienze avverse dell'infanzia e dal temperamento precoce, guidano le percezioni e il comportamento delle persone e si evolvono nel corso della vita. Nel tempo, diventano più resistenti ai cambiamenti e danno origine a pensieri automatici negativi e ad angoscia soggettiva. Ad esempio, gli schemi maladattivi precoci come l'abbandono, l'isolamento sociale, l'indegnità e la diffidenza/abuso possono evocare emozioni come paura, tristezza e rabbia (Bernstein, Arntz, e de Vos, 2007; Jovev e Jackson, 2004). Young ha identificato diciotto schemi maladattivi precoci. Questi schemi possono essere raggruppati in cinque domini, che sono collegati a determinati bisogni di base dell'infanzia. Ad esempio, se il bisogno di attaccamento (Young et al., 2003) che è uno dei cinque bisogni emotivi universali nell'infanzia, rimane insoddisfatto in misura significativa, il risultato potrebbe essere lo sviluppo dei primi schemi maladattivi nel dominio del "distacco e rifiuto". Quando vengono attivati gli schemi maladattivi precoci, possono suscitare forti emozioni. Young et al. (2003) hanno ipotizzato che si possa reagire all'attivazione di tali schemi in tre modi: resa allo schema, evitamento dello schema e sovracompensazione dello schema. Resa allo schema significa abbandonarsi a uno schema in modo passivo, indifeso, dipendente o sottomesso. Ad esempio, qualcuno con uno schema di dipendenza/incompetenza può scegliere partner che ritengono più competenti di loro, a cui si legano in modo "infantile". Evitamento dello schema significa evitare persone o situazioni che potrebbero innescare un particolare schema. Ad esempio, alcuni possono evitare di essere coinvolti in relazioni intime a causa della profonda paura di essere abbandonati. Infine, sovracompensazione dello schema significa fare l'opposto di uno schema. Ad esempio, qualcuno con uno schema di inadeguatezza/vergogna potrebbe comportarsi in modo denigratorio verso gli altri, il che li aiuta a sentirsi superiori e compensare i sentimenti di inferiorità. Tutti sperimentiamo una serie di stati emotivi. Bernstein (2007) ha ipotizzato che i detenuti antisociali e soprattutto psicopatici facciano un uso importante di diversi mode antisociali, nonché di mode che comportano sovracompensazione (ad esempio, modalità Bullo e Aggressore). Ad esempio, i criminali psicopatici possiedono spesso: il mode *Predatore*, che comporta aggressioni fredde e spietate; il mode *Raggiratore e Manipolativo*, contrassegnato dall'inganno; e il mode *Bullizzante ed Aggressivo*, che prevede l'aggressività per affermare il dominio sugli altri. Si ritiene che questi mode siano stati sviluppati durante l'infanzia in condizioni di minacce e umiliazioni estreme (Jaffee, Caspi, Moffitt e Taylor, 2004; Poythress, Skeem e Lilienfeld, 2006) e fungono da

scudo per proteggere i corrispondenti sentimenti di vulnerabilità, rabbia e frustrazione (Bernstein et al., 2007).

Esistono diversi importanti adattamenti al trattamento che possono essere richiesti quando si lavora con pazienti interni al circuito penale. In primo luogo, problemi come la violenza e l'inganno sono molto più importanti nei pazienti detenuti rispetto a quelli in contesti psichiatrici generali (Bernstein et al, 2007). I terapeuti possono sentirsi frustrati dalla mancanza di progressi del paziente o diventare sospettosi delle loro motivazioni. Questi problemi possono condizionare l'alleanza terapeutica, un aspetto che ha un'influenza significativa sull'esito della terapia (Marshall e Serran, 2004; Ross, Polaschek e Ward, 2008). Per questi motivi, si è ritenuto necessario adattare la Schema Therapy al *setting* penitenziario. Innanzitutto, è stato ampliato l'elenco di mode aggiungendone alcuni prevalenti nella popolazione detentiva, ma raramente osservate in contesti psichiatrici generali.

Sono cinque i mode aggiunti all'elenco di mode originale di Young: *Protettore Arrabbiato*, *Raggiratore e Manipolativo*, *Predatore* e due mode *Iper controllanti* (sottotipi *Ossessivo* e *Paranoide*).

Il mode *Protettore Arrabbiato* è uno stato emotivo di rabbia o ostilità controllata, un "muro di rabbia" che serve a mantenere le persone a distanza di sicurezza. Il mode *Predatore* è uno stato di aggressione fredda e spietata, l'attenzione è sull'evitamento di una minaccia, un ostacolo o un nemico, che viene effettuato in modo insensibile, spietato e spesso non pianificato. Il mode *Raggiratore e Manipolativo* è uno stato che coinvolge imbrogli, menzogne e manipolazione degli altri al fine di raggiungere un obiettivo specifico, come sfuggire alla punizione o vittimizzare gli altri per un qualche tipo di guadagno (ad esempio materiale, sessuale). Il mode *Iper Controllante* comporta un controllo eccessivo e una concentrazione dell'attenzione su una minaccia o pericolo reale o percepito. Nel sottotipo Ossessivo-Compulsivo, chiamato anche *Iper Controllante perfezionistico*, il paziente tenta di esercitare il controllo attraverso l'uso dell'ordine, della ripetizione o del rituale. Nel sottotipo *Paranoide*, il paziente tenta di cercare e quindi controllare una fonte di pericolo o umiltà, di solito individuando e scoprendo una minaccia nascosta (percepita) (Bernstein et al., 2007).

La fase iniziale della terapia si concentra sulla valutazione, l'educazione e la costruzione di una relazione terapeutica tra paziente e terapeuta. Questa fase si conclude in una concettualizzazione del singolo caso, che viene utilizzata come linea guida per il trattamento. I terapisti utilizzano in genere tecniche cognitive come *flashcard* e diari dello schema per aumentare la consapevolezza degli

schemi. Ad esempio, le *flashcard* contengono dichiarazioni concise che sintetizzano le prove contro gli schemi del paziente (Young et al., 2003). Utilizzando strategie cognitive, i pazienti apprendono che, almeno a livello cognitivo, i loro schemi sottostanti sono distorti e imparano a vedere se stessi e gli altri in modi più equilibrati e realistici. Le tecniche comportamentali sono utilizzate per aiutare i pazienti a praticare nuovi comportamenti e acquisire sicurezza nel consolidare il cambiamento comportamentale. I terapeuti dello schema possono incorporare una varietà di tecniche cognitivo-comportamentali standard nel loro lavoro, come esposizione, gestione della rabbia, allenamento dell'assertività e rilassamento. Due tecniche esperienziali in Schema Therapy comunemente usate sono la *tecnica della seggiola* e l' *Imagery with rescripting*. Nella tecnica della seggiola, il paziente passa da una sedia all'altra e viene invitato a dialogare tra le diverse parti di sé (Kellogg, 2004; Paivio e Greenberg, 1995). Il paziente si siede su una sedia quando interpreta un determinato modo e cambia sedia quando un modo diverso viene richiesto o si attiva spontaneamente. Il lavoro sulla sedia, che è stato preso in prestito dalla Schema Therapy alla *Gestalt Therapy* e alla *Drama Therapy*, rende i modi dei pazienti più tangibili, aiutandoli a "sentire" i modi in cui si trovano al momento. Il terapeuta può interpretare scene vere del passato o del presente, oppure inventare scene, "riscrivere" scene per farle apparire diverse, e fare in modo che il paziente usi il *role playing* per esercitarsi in atteggiamenti più sani e rispondere alle risposte.

L' *Imagery with rescripting* è una tecnica in cui il terapeuta chiede al paziente di visualizzare una memoria infantile sconvolgente o un'immagine traumatica del passato o del presente. Il paziente esplora immagini chiave correlate a bisogni evolutivi precoci non soddisfatti, come la necessità di vicinanza e connessione, protezione, validazione dei sentimenti e così via. Successivamente, il terapeuta interviene nei ricordi sconvolgenti ridistribuendo o modificando il corso della situazione originale. Si crea un'atmosfera positiva in cui le esigenze emotive del paziente vengono soddisfatte in modo sano, anziché essere ignorate o violate. Di conseguenza, il paziente si sente più sicuro e più in controllo della situazione e gli schemi sottostanti che sono stati innescati attraverso le immagini possono iniziare a guarire, poiché le prime ferite emotive del paziente vengono rielaborate. Il paziente inizia anche a comprendere i legami tra il passato e la loro situazione attuale, che può sentire in modo vivido e immediato (Arntz, 2011; Rafaeli et al., 2011; Smucker e Boos, 2005).

Più volte abbiamo parlato dello stile terapeutico di base e della sua importanza fondamentale, che nella Schema Therapy è noto come *limited reparenting*, perché il terapeuta provvede a soddisfare alcune delle prime esigenze di sviluppo insoddisfatte dei pazienti, entro limiti e confini ragionevoli. Una *limited reparenting* significa che il terapeuta si comporta come un genitore "sufficientemente

buono" per il paziente. La *limited reparenting* è veramente al centro della Schema Therapy. È una caratteristica distintiva della terapia perché è incorporata nel modo in cui il terapeuta interagisce con il paziente, così come nel modo in cui vengono applicati gli interventi e le tecniche. Ad esempio, quando le tecniche immaginative implicano che un paziente viene abusato da bambino, il terapeuta utilizza il rescripting per proteggere il bambino, per soddisfare la necessità di sicurezza che non era stata soddisfatta durante l'infanzia del paziente. Nei detenuti con disturbo antisociale di personalità è molto frequente rinvenire esperienze traumatiche di questo tipo nel passato, che vanno da trascuratezza fisica ed emotiva fino ad arrivare ad abusi ed a vere e proprie torture. Questo approccio così specifico nel risanare queste ferite particolarmente dolorose dell'infanzia, che sono state con molta probabilità motivo del futuro disturbo della condotta che poi è sfociato nel disturbo antisociale di personalità, lo rende particolarmente utile ed efficace nel trattamento del disturbo, nonostante occorra molto tempo nell'instaurazione di una alleanza terapeutica sana e solida, soprattutto con pazienti così diffidenti, espulsivi e difficili da trattare.

Bibliografia

- Akers, R.L. (1977). *Deviant behavior: A social learning approach*. Belmont, CA: Wadsworth.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: APA.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369–404.
- Armeliu BÅ, Andreassen TH., *Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007.
- Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 466–481.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives*.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beckley, K., & Gordon, N. (2009). *Schema therapy manual*. Nottingham Healthcare NHS Trust (UK).
- Bernstein, D. P., Arntz, A., & de Vos, M. E. (2007). Schema-Focused Therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169–183.
- Bernstein, D.P., Nijman, H., Karos, K., Keulen-de Vos, M.E., de Vogel, V., & Lucker, T. (2012). Schema Therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multi-center randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), S312–324.

- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2212-2220. doi:10.1016/j.brat.2006.12.006.
- Blair R (2004). The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain and Cognition* 55, 198-208.
- Blair R, Colledge E, Murray L e Mitchell D (2001). A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. *Journal of Abnormal Child Psychology* 29, 491-498.
- Blud, L., Travers, R., Nugent, F., & Thornton, D.M. (2003). Accreditation of offending behaviour programmes in HM Prison Service: 'What Works' in practice. *Legal and Criminological Psychology*, 8, 69-81.
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1925-1932.
- Bradley, R. G., & Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 337-340.
- Cashin, A., Potter, E., Stevens, W., Davidson, K., & Muldoon, D. (2008). Moving and thinking behind bars: The effectiveness of an exercise and health education program on psychological distress of incarcerated people with, or at risk of developing, a chronic illness. *Australian Journal of Primary Health*, 14, 9-16.
- Clarke, A., Simmonds, R., & Wydall, S. (2004). Delivering cognitive skills programmes in prison: A qualitative study. Home Office Research Findings No. 242. London: Home Office.
- Cormier, W. H., & Cormier, L. S. (1991). Interviewing strategies for helpers: Fundamental skills and cognitive behavioral interventions (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Daigle, M. S., Labelle, R., & Côté, G. (2006). Further evidence of the validity of the suicide risk assessment scale for prisoners. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 343-354.
- Davidson KM, Tyrer P, Tata P, Cooke D, Gumley A, Ford I, e colleghi. Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: an exploratory randomized controlled trial. *Psychol Med.* 2009;39(4):569-77.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2010, August 12). Basismethodiek YOUTURN. Retrieved from <http://www.dji.nl/Onderwerpen/Jongeren-in-detentie/Zorg-en-begeleiding/Basismethodiek/YOUTURN/index.aspx>.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.
- Farrington, D.P., Gottfredson, D.C., Sherman, L.W., & Welsh, B.C. (2002). The Maryland Scientific Methods Scale. In L.W. Sherman, D.P. Farrington, B.C. Welsh, & D.L. MacKenzie (Eds.), *Evidence-based crime prevention* (pp. 13-21). London: Routledge.
- Fletcher, L. & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy*, 23, 315-336.
- Frank S, Pearson Douglas S, Lipton Charles M, Cleland Dorline S, Yee, The Effects of Behavioral/Cognitive-Behavioral Programs on Recidivism, *CRIME & DELINQUENCY*, Vol. 48 No. 3, July 2002 476-496, 2002 Sage Publications.
- Gibbs, J. C., Potter, G. B., & Goldstein, A. P. (1995). *The EQUIP Program: Teaching youth to think and act responsibly through a peer-helping approach*. Champaign, IL: Research Press.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208.
- Goldstein AP, Glick B. *Aggression replacement training: a comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, ILL: Research Press, 1987.
- Gottschalk, L., & Gleser, G. (1969). *The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior*. Berkeley: University of California Press.
- Greco R., Grattagliano I. (2014), Utilità diagnostica del disturbo antisociale e psicopatico di personalità. proposte e revisioni del DSM-V, in *Cognitivismo Clinico*, 11, 1, 84-101.

- Griffiths, M. (1996). Behavioural addiction: An Issue for everybody? *Employee Counselling Today: The Journal of Workplace Learning*, 8, 19-25.
- Haney, C. (2006). *Reforming punishment: Psychological limits to the pains of imprisonment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hare RD (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist*, 2nd edn. Multi-Health Systems, Toronto, ON.
- Harris, E., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta- analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Harris, F., Hek, G., & Condon, L. (2007). Health needs of prisoners in England and Wales: The implications for prison healthcare of gender, age and ethnicity. *Health and Social Care in the Community*, 15, 56-66. doi:10.1111/j.1365-2524.2006.00662.
- Hayes, S. C. & Wilson, K.G. (1994). Acceptance and Commitment Therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst*, 17, 289–303.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A randomized controlled trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance abusing methadone maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667–688.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.
- Helmond P., Overbeek G., Brugman D., A Multiaspect Program Integrity Assessment of the Cognitive-Behavioral Program EQUIP for Incarcerated Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2014, Vol. 58(10) 1186–1204 © The Author(s) 2013.
- Hilkey, J. H., Wilhelm, C. L., & Horne, A. M. (1982). Comparative effectiveness of video- tape pretraining versus no pretraining on selected process and outcome variables in group therapy. *Psychological Reports*, 50, 1151-1159.
- Himmelstein S., *Meditation Research: The State of the Art in Correctional Settings*, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 55(4) 646–661 © 2011 SAGE Publications Reprints and permission: sagepub.com/journalsPermissions.nav.
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126-1132.
- Hollin, C.R. (2008). Evaluating offending behaviour programmes: Does only randomization glister? *Criminology and Criminal Justice*, 8, 89–106.
- Hollin, C.R., Palmer, E.J., McGuire, J., Hounsome, J., Hatcher, R., Bilby, C., & Clark, C. (2004). *Pathfinder programmes in the Probation Service: A retrospective analysis*. Home Office Online Report 66/04. London: Home Office.
- Hollin, Clive R. and Palmer, Emma J.(2009)'Cognitive skills programmes for offenders', *Psychology, Crime & Law*, 15:2, 147 – 164.
- Hutcherson, C. A., Seppala, E. M., & Gross, J. J. (2008). Loving-kindness meditation increases social connectedness. *Emotions*, 8, 720-724.
- Irwin, J. (1996). The march of folly. *The Prison Journal*, 76, 489–494.
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child: evidence of an environmentally mediated process. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 44–55.
- Jovev, M., & Jackson, H. J. (2004). Early Maladaptive Schemas and personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467–478.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.
- Kellogg, S. (2004). Dialogical encounters: contemporary perspectives on “chair-work” in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 310–320.
- Keysers, C. (2011). *The Empathic Brain: How the discovery of mirror neurons changes our understanding of human nature*. Chicago: Social Brain Press.
- Knott, C. (1995). The STOP programme: Reasoning and Rehabilitation in a British setting. In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending* (pp. 115–126). Chichester: John Wiley & Sons.
- Kochanska G (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development* 68 (1), 94-112.
- Legal and Criminological Psychology*, 11, 155–177.
- Leigh-Hunt N., Perry A., A Systematic Review of Interventions for Anxiety, Depression, and PTSD in Adult Offenders, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2015, Vol. 59(7) 701–725.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C. & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 43–53.
- Mancini F., Capo R., Colle L. (2009): La moralità nel disturbo antisociale di personalità. In: *Cognitivismo Clinico*, 6 (2), pp. 161-177, 2009.
- Marshall, W. L., & Serran, G. A. (2004). The role of the therapist in offender treatment. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 309–320.
- Maruna, S., & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Twohig, M. P., Drossel, C., Lillis, J., & Washio, Y. (2009). A parametric study of cognitive defusion and the believability and discomfort of negative self-relevant thoughts. *Behavior Modification*, 33, 250–262.
- Maunder, L., Cameron, L., Moss, M., Muir, D., Evans, N., Paxton, R., & Jones, H. (2009). Effectiveness of self-help materials for anxiety adapted for use in prison a pilot study. *Journal of Mental Health*, 18, 262-271.
- McCann, R. A., Ball, E. M., & Ivanoff, I. (2000). DBT with an inpatient forensic population: the CMHIP forensic model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 447–456.
- McGuire, J. (1995b). Reasoning and Rehabilitation programs in the UK. In R.R. Ross, & B. Ross (Eds.), *Thinking straight: The Reasoning and Rehabilitation program for delinquency prevention and offender rehabilitation* (pp. 261-282). Ottawa, Canada: Air Training and Publications.
- McGuire, J. (2005). The Think First Programme. In M. McMurrin, & J. McGuire (Eds.), *Social problem solving and offending: Evidence, evaluation and evolution* (pp. 183-206). Chichester: Wiley.
- McGuire, J., & Hatcher, R. (2000). Offence-focused problem solving: Preliminary evaluation of a cognitive skills program. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 564-587.
- McGuire, J. (1996). *Cognitive behavioral approaches: An introductory course on the theory and research*. Liverpool, UK: Department of Clinical Psychology, University of Liverpool.
- Modestin, J., Hug, A., & Ammann, R. (1997). Criminal behavior in males with affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 42, 29-38.
- Morgan R., Flora D., *Group Psychotherapy With Incarcerated Offenders: A Research Synthesis*, 2002, Vol. 6, No. 3, 203–218. Educational Publishing Foundation 2002, Vol. 6, No. 3, 203–218 1089-2699/02/\$5.00.
- Morgan, R. D., Winterowd, C. L., & Ferrell, S. W. (1999). A national survey of group psychotherapy services in correctional facilities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 600 – 606.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care* (CG 26). Leicester, UK: Author.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Guidance on depression in adults* CG90. Available from <http://guidance.nice.org.uk/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care* CG 113. Available from <http://guidance.nice.org.uk/>

- Nauth LL. Power and control in the male antisocial personality. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 1995;13(4):215–24.
- Nielsen P, Rojskjaer S, Hesse M. Personality-guided treatment for alcohol dependence: a quasi-randomized experiment.
- Norton, K., & McGauley, G. (2000). Forensic psychotherapy in Britain: its role in assessment, treatment, and training. *Criminal Behavior and Mental Health*, 10, S82–90. of *General Psychiatry*, 9, 324–444.
- Pace, W. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D., . . . Raison, C. L. (2009). Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioural responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 87–98.
- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving “unfinished business”: efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 419–425.
- Poythress, N. G., Skeem, J. L., & Lilienfeld, S. O. (2006). Associations among early abuse, dissociation, and psychopathy in an offender sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 288–297. Press.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. E. (2011). *Schema Therapy: Distinctive features*. New York: Routledge.
- Raynor, P., & Vanstone, M. (1996). Reasoning and Rehabilitation in Britain: The results of the Straight Thinking on Probation (STOP) program. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40, 272–284.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.
- Roberts, C. (2004). Offending behaviour programmes: Emerging evidence and implications for practice. In R. Burnett, & C. Roberts (Eds.), *What works in probation and youth justice: Developing evidence-based practice* (pp. 134–158). Cullompton, Devon, UK: Willan Press.
- Ross RR, Fabiano EA. Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation. Johnson City, TN: The Institute of Social Sciences and Arts, 1985.
- Ross, E. C., Polaschek, D. L. L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: a theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462–480.
- Ross, R.R., & Fabiano, E.A. (1985). Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation. Johnson City, TN: Institute of Social Sciences and Arts.
- Sainsbury, L., Krishnan, G., & Evans, C. (2004). Motivating factors for male forensic patients with personality disorder. *Criminal Behavior and Mental Health*, 14, 29–38.
- Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal*, 87, 254–268.
- Scott, E. M. (1976). Group therapy with convicts on work release in Oregon. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 20, 225–235.
- Shapiro, D. H. (1992). Adverse effects of meditation: a preliminary investigation of long-term meditators. *International Journal of Psychosomatics*, 32, 62–67.
- Shonin, E.S., Van Gordon, W., Slade, K. & Griffiths, M.D. (2013). Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 365–372.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S., Singh, A. N., Adkins, A. D., & Singh, J. (2011). Can adult offenders with intellectual disabilities use mindfulness-based procedures to control their deviant sexual arousal? *Psychology, Crime & Law*, 17, 165–179.
- Singleton, N., Lee, A., & Meltzer, H. (2000). Psychiatric morbidity among adults living in private households.
- Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid, J., & Deasy, D. (1997). Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Free Press.
- Smucker, M. R., & Boos, A. (2005). Imagery rescripting and reprocessing therapy. In: A. Freeman, M. Stone, & D. Martin (Eds.), *Comparative treatments for borderline personality disorder* (pp. 215–237). New York: Springer Publishing.

- Tafrate, R. C., & Mitchell, D. (Eds.). (2014). Forensic CBT: A handbook for clinical practice. Wiley-Blackwell.
- Thylstrup e colleghi., Psycho-education for substance use and antisocial personality disorder: a randomized trial, BMC Psychiatry (2015).
- Toch, H. (1992). Living in prison: The ecology of survival (Rev ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tong, L.S.J., & Farrington, D.P. (2006). How effective is the 'Reasoning and Rehabilitation' programme in reducing re-offending? A meta-analysis of evaluations in four countries. Psychology, Crime & Law, 12, 3-24.
- Trauma Incident Reduction Association. (2013). Trauma Incident Reduction.
- Valentine, P. V., & Smith, T. E. (2001). Evaluating traumatic incident reduction therapy with female inmates: A randomized controlled clinical trial. Research on Social Work Practice, 11, 40-52.
- Victims Voice. (2013). Narrative exposure theory.
- Vorrath, H. H., & Brendtro, L. K. (1985). Positive peer culture (2nd ed.). New York, NY: Aldine.
- Wilson, G. L. (1990). Psychotherapy with depressed incarcerated felons: A comparative evaluation of treatments. Psychological Reports, 67, 1027-1041. doi:10.2466/pr0.1990.67.3.1027
- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition (pp. 121–151). New York: Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder.

Alessandro Giurgola

Psicologo e Psicoterapeuta, Lecce.

Specializzato a Lecce. Training Semerari, Buonanno.

e-mail: alessandrogiurgola@hotmail.it

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

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

La Psicoterapia online funziona? Alleanza terapeutica, esito ed implicazioni pratiche

Paola Lioce¹

¹Università degli Studi di Foggia, Italia

Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Ancona, Italia

Riassunto

Al mondo e in Italia le persone con accesso a internet stanno crescendo a ritmi incalzanti. L'intento di questo lavoro è capire se anche la psicoterapia possa funzionare tramite metodologie online. Dato che il concetto di alleanza terapeutica sembra essere il maggiore predittore di esito del trattamento, si è esplorato sulle eventuali differenze che potessero esserci tra i vari tipi di psicoterapia online in confronto con quella tradizionale a livello di alleanza terapeutica, nei suoi tre fattori (obiettivi, compiti, legame; Bordin, 1979).

La psicoterapia online non presenta solo degli svantaggi rispetto a quella tradizionale ma anche dei punti di forza. Il confronto è stato fatto prendendo in esame non solo la psicoterapia tradizionale rispetto a quella eseguita online, ma anche le varie tipologie in cui si può effettuare quest'ultima. Tali confronti sono stati fatti anche per diverse popolazioni di pazienti.

Gli studi presenti fino ad ora in letteratura dimostrano come la psicoterapia online e quella tradizionale siano sovrapponibili in termini di alleanza terapeutica e di esito.

Parole chiave: psicoterapia online, alleanza terapeutica, ICBT.

Does Online Psychotherapy Work? Therapeutic alliance, outcome and practical implications

Summary

The number of people with access to the internet is rapidly growing, both in Italy and all over the world. The purpose of this article is to establish whether psychotherapy can be applied using online methods. Given that the concept of therapeutic alliance seems to be the most reliable index of a treatment's success rate, possible differences have been examined between various kinds of online psychotherapy compared to traditional psychotherapy, at the level of therapeutic alliance in its three factors (goals, tasks, bond; Bordin, 1979).

Online psychotherapy has evident strengths as well as weaknesses when compared to traditional psychotherapy. The comparison was made not only by examining psychotherapy side by side with online

Paola Lioce, "La Psicoterapia online funziona?
Alleanza terapeutica, esito ed implicazioni pratiche", N. 26,
2020, pp. 34-43

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

psychotherapy, but also by examining a number of possible applications of online psychotherapy. The comparisons are derived from a variety of different patient populations.

Studies so far made available in the relevant literature indicate that online psychotherapy and traditional psychotherapy are equally valid in terms of therapeutic alliance and clinical results.

Key words: online psychotherapy, therapeutic alliance, ICBT.

Introduzione

Secondo il report 2020 di “WeAreSocial” e “Hootsuite” le persone con accesso a internet in Italia prima dell’arrivo nel nostro Paese della pandemia da Covid-19 erano 49.48 milioni: una cifra che corrispondeva all’82% della popolazione mondiale, in aumento rispetto ai dati registrati nel 2019.

Improvvisamente poi tutto è cambiato. Abbiamo iniziato a notare che enorme ruolo gioca internet nelle nostre vite. Da un giorno all’altro si è rivalutato lo smart working, le riunioni in videoconferenza, la didattica a distanza... E la psicoterapia online.

Probabilmente ci sarà da aspettare il termine di questa pandemia per tirare le somme di quello che potremmo già considerare il più grande esperimento della storia sul tema in questione, ma per il momento il nostro intento è quello di riportare i dati della letteratura riguardo alla terapia online e al suo effettivo potere ed efficacia in varie modalità, situazioni e popolazioni di pazienti, in confronto con la terapia vis a vis tradizionale.

Cosa si intende per Psicoterapia online?

Quando si parla di Psicoterapia Online si fa riferimento a un ampio ventaglio di modalità. Qui di seguito sono elencate in ordine decrescente di contatto con il terapeuta:

- Videoconferenza (Zoom, Skype, Google Duo, Videochiamate su WhatsApp, Piattaforme create ad hoc...): è la modalità più simile alla psicoterapia tradizionale.
- Chat, e-mail: è uno strumento che non prevede la parte non verbale, ma in cui è comunque possibile utilizzare indicatori linguistici. Può essere utilizzata in modalità sincrona e asincrona.
- Applicazioni per smartphone e programmi di auto-aiuto.

Nella terapia online si può parlare di alleanza terapeutica?

L'alleanza terapeutica rappresenta il fattore aspecifico (cioè non dipendente dal modello di psicoterapia utilizzato) maggiormente correlato con il buon esito della psicoterapia (Liotti, Monticelli, 2014).

Essendo l'alleanza terapeutica il fattore più importante per la buona riuscita di una terapia, la prima domanda che è legittimo porsi è se essa si possa costruire anche all'interno delle varie modalità online di psicoterapia. Nelle psicoterapie faccia a faccia e su Internet, l'evidenza ha dimostrato che alcune variabili del processo psicoterapeutico, come la soddisfazione, l'adesione, e in particolare l'alleanza terapeutica, sono fondamentali e possono essere fattori legati ai risultati della psicoterapia (Hedman et al., 2015; Peuker et al., 2009). Gli studi dimostrano che l'alleanza terapeutica misurata all'inizio del trattamento è stata predittiva del risultato in psicoterapie sia faccia a faccia che in Internet (Ormhaug et al., 2014; Wagner et al., 2012).

Facciamo però un passo indietro. Che cosa si intende per alleanza terapeutica? Bordin (1979) la descrive come un insieme di tre componenti:

- obiettivi condivisi da paziente e terapeuta;
- compiti reciproci che vanno definiti all'inizio del trattamento;
- legame affettivo che rappresenta le aspettative di fiducia e rispetto che si vengono a instaurare tra le due parti.

Possiamo immaginare come la relazione terapeutica possa essere più simile a quella faccia a faccia in interventi di psicoterapia tramite videoconferenza. Diverso è per gli interventi di auto-aiuto non guidato che non comportano alcun contatto tra paziente e psicoterapeuta durante il trattamento. Com'è possibile in questo caso stabilire un legame interpersonale tra le due parti? Ci sono studi che suggeriscono che i pazienti possono sviluppare un senso di attaccamento emotivo anche verso un programma di auto-aiuto e programmi guidati da un avatar, e sembra che questo tipo di alleanza sia correlato all'esito del trattamento (cfr. Heim, et al., 2018 per l'insonnia; Meyer et al., 2015 per depressione).

Un altro elemento da tener presente è il fatto che negli interventi guidati su internet non c'è una negoziazione degli obiettivi e dei compiti del trattamento con il terapeuta come avviene in psicoterapia tradizionale (Castonguay et al., 2006; Safran e Muran, 2006), e come immaginiamo possa venire nella psicoterapia tramite videoconferenza. Alcuni programmi possono offrire una gamma di opzioni e un certo grado di flessibilità, ma, nonostante ciò, l'accordo del paziente e del terapeuta sui compiti e obiettivi è molto più limitato rispetto alla terapia tradizionale. Per superare tali limiti è consigliabile utilizzare interviste di pretrattamento per garantire un intervento adatto e accettabile (Gómez Penedo et al., 2019). Uno di questi è la Working Alliance Inventory for guided Internet interventions (WAI-I) uno strumento che origina dalla Working Alliance Inventory (WAI),

utile per valutare l'alleanza di lavoro nel contesto degli interventi guidati su Internet accettabile (Gómez Penedo et al., 2019).

Alleanza terapeutica nella terapia cognitivo-comportamentale (CBT) online

Molti studi si sono occupati di valutare il grado di alleanza terapeutica nella psicoterapia ad indirizzo cognitivo-comportamentale tramite internet (ICBT). La maggior parte di questi ha indicato che nella CBT eseguita tramite videoconferenza vi è non solo l'attivazione di alleanza terapeutica, ma anche a livelli elevati, confrontabili con quelli della psicoterapia faccia a faccia (Singulane e Sartes, 2017).

Anche in assenza di qualsiasi contatto audio o visivo con il terapeuta e con un tempo di contatto complessivo limitato, i pazienti ICBT riportano livelli elevati di alleanza terapeutica, paragonabili a quelli delle terapie faccia a faccia (Sucala et al., 2012).

La ICBT sotto forma di auto-aiuto guidato ha dimostrato di essere efficace per una serie di condizioni, con effetti paragonabili alla terapia cognitivo-comportamentale faccia a faccia (Carlbring et al., 2005; Cuijpers et al., 2009). Vi sono prove che suggeriscono che i vantaggi dell'ICBT siano aumentati dal contatto personale (Almlöv et al. 2009; Palmqvist et al. 2007). Vi sono ulteriori prove che suggeriscono che una relazione instaurata su Internet sia forte e profonda quanto le sue controparti offline (Parks, 1998).

In una revisione della relazione terapeutica all'interno dell'e-terapia (Sucala et al., 2012), gli autori hanno concluso che la relazione terapeutica o l'alleanza sono equivalenti alla terapia faccia a faccia e che esiste una relazione tra alleanza ed esito. Precedenti studi hanno mostrato somiglianze tra l'alleanza misurata durante il trattamento faccia a faccia e l'alleanza misurata durante il trattamento via Internet (Cook e Doyle, 2002; Preschl et al. 2011), utilizzando gruppi di confronto (Cook e Doyle, 2002; Preschl et al. 2011) e confrontando con ricerche precedenti su terapie faccia a faccia (Cook e Doyle, 2002). I risultati portano gli autori di questi articoli a concludere che durante il trattamento basato su Internet può formarsi una relazione terapeutica.

Confronto fra trattamenti guidati e non guidati

Le recensioni della letteratura dimostrano che trattamenti che includono una guida, rispetto a trattamenti non guidati, portano a migliori risultati (Richards e Richardson, 2012; Palmqvist et al., 2007). Tuttavia, ci sono delle eccezioni occasionali. In più ci sono studi che dimostrano che anche i trattamenti non guidati possono funzionare tramite promemoria automatizzati (Titov et al., 2013;

Boettcher et al., 2012). Sembrerebbe che (Andersson et al., 2009) la psicoterapia on line presentata sottoforma di testi erogati tramite pagine web o e-mail funzioni bene a condizione che:

- Venga fatta al paziente una corretta diagnosi prima del trattamento;
- Il trattamento fornito sia completo;
- Il sito web sia facile da usare;
- Siano previsti un supporto e indicazioni chiare circa la durata del trattamento.

L'ambiente online sembrerebbe più comodo e meno minaccioso nella ICBT asincrona, rispetto alla terapia faccia a faccia proprio a causa del ritardo nella comunicazione. Ciò porterebbe a renderla indicata soprattutto per pazienti con disturbi d'ansia e fobia sociale (Reynolds et al., 2013), oltre che probabilmente a proteggere maggiormente il terapeuta stesso dal burnout (Bengtsson et al., 2015).

Secondo Andersson (2014), i vantaggi dei trattamenti guidati rispetto a quelli non guidati sono:

- la possibilità da parte del terapeuta di effettuare una diagnosi,
- determinare l'idoneità di un trattamento per un paziente e costruzione di un intervento personalizzato (fondamentale in caso di comorbidità).
- Alcuni interventi non guidati hanno subito degli altissimi tassi di abbandono e basso coinvolgimento del paziente (Christensen et al., 2009; Musiat et al., 2014).
- I terapeuti possono aiutare attivamente i pazienti ad accedere ad altri servizi inizialmente non richiesti come i servizi sociali, sanitari e di crisi.

Per ciò che riguarda la CBT, a livello generale, gli studi suggeriscono che la ICBT autoguidata tenda ad essere meno efficace rispetto alla ICBT guidata dal terapeuta (Andersson et al., 2019).

Popolazioni di pazienti

Le ricerche riguardo la ICBT sono aumentate rapidamente e ciò ha reso necessaria la presenza di revisioni sistematiche separate per diverse condizioni. Attualmente ci sono oltre 300 studi controllati di interventi su internet (inclusi studi non pubblicati) per disturbi diversi e popolazioni target e il numero è in continua crescita (Andersson et al., 2019).

La psicoterapia tramite videoconferenza può essere particolarmente utile per pazienti con disturbi d'ansia (Kocsis et al., 2017; Morland et al., 2015; Paxling et al., 2013); Disturbo Post-Traumatico da Stress (Morland et al., 2015; Morland et al., 2013); Disturbi dell'umore (Stubblings et al., 2013; Tsai et al., 2011); Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Wotton et al., 2016; Percy et al., 2016; Vogel et al., 2014); Psicosi (Kocsis et al., 2017; Sharp et al., 2011); Bulimia Nervosa (Zerwas et al., 2016);

Watson et al., 2016); Insonnia (Peter et al., 2019; Gieselmann et al. 2019; Heim et al., 2018; Richardson et al., 2010).

In linea generale gli interventi basati su internet sono stati considerati più adatti per il trattamento di disturbi da lievi a moderati (Gun, et al., 2011).

Disturbi di personalità

Sono necessarie ulteriori ricerche per valutare gli aspetti particolari di questo gruppo di pazienti. La psicoterapia a distanza per i pazienti con disturbi di personalità potrebbe lanciare molte sfide, proprio come succede di persona. Possiamo ipotizzare che la comodità offerta dalla modalità online potrebbe consentire un numero totale maggiore di sedute e potenzialmente un maggiore senso di benessere e "presenza del terapeuta" per quei pazienti con paure di abbandono (Kocsis et al., 2017). Tuttavia, potrebbe essere necessario un approccio ibrido o sessioni esclusivamente di persona per alcuni pazienti all'inizio del trattamento, dal momento che molti pazienti con disturbi di personalità hanno una capacità ridotta di simbolizzazione e potrebbero aver bisogno della concreta presenza del terapeuta nella stanza: il paziente potrebbe avvertire che il terapeuta non è "lì" a meno che non sia letteralmente fisicamente presente (Kocsis et al., 2017). Quando ci si prende cura di questi pazienti, il terapeuta dovrà essere attento a stabilire i confini e mantenere la stessa coerenza che utilizza quando riceve i pazienti di persona. Morland (2015) ha osservato come è assolutamente necessario stabilire dei confini per una psicoterapia efficace tramite teleconferenza in quanto molti dei suoi pazienti tendevano a svolgere nella propria casa durante il colloquio attività come fumare o svolgere faccende domestiche (Morland et al., 2015). Di non meno importanza è anche il mantenimento dei confini rispetto alla reperibilità del terapeuta. Questa popolazione di pazienti può infatti richiedere delle regole più rigide per ciò che riguarda i tempi in cui è consentito contattare il terapeuta. Lo specialista potrebbe facilmente andare in burnout se rimandasse un'idea di totale disponibilità ad ogni offerta di contatto del paziente.

Ma quindi la terapia online funziona?

In conclusione, gli studi presenti fino ad ora in letteratura dimostrano come la psicoterapia online e quella tradizionale siano sovrapponibili in termini di alleanza terapeutica e di esito.

Tuttavia, c'è ancora molta confusione in letteratura tra le varie modalità utilizzabili per fornire psicoterapia online: queste ricoprono un ampio ventaglio che va dalla videoconferenza, al servizio tramite mail o chat, fino ad arrivare a programmi di auto-aiuto con testo scritto o con il supporto di

un avatar. Possiamo immaginare che tra tutte queste modalità ci possano essere molte differenze in termini di motivazione al trattamento, di relazione e alleanza terapeutica. Differenze non di poco conto dato che è proprio l'analisi dell'alleanza terapeutica che ci permette in primis di predire l'esito della terapia stessa (per una metanalisi si guardi Flückiger et al., 2018). La stessa definizione di alleanza terapeutica, secondo la concettualizzazione di Bordin, dovrebbe probabilmente essere rivista perché potrebbe non essere applicabile ai trattamenti digitali di auto-aiuto (Berger et al., 2014; Jasper et al., 2014).

Inoltre, prima di trarre conclusioni definitive, sarebbe utile confrontare la fattibilità della psicoterapia online - in tutte le sue modalità - in popolazioni diverse di pazienti. Se ci possono essere situazioni per le quali è addirittura considerabile e più vantaggiosa la psicoterapia online rispetto a quella dal vivo (pazienti allettati, persone che vivono in zone rurali o che non hanno mezzi per raggiungere lo studio del terapeuta, pazienti che vivono all'estero e che vogliono comunque usufruire di un servizio di psicoterapia da parte di un esperto della sua stessa nazionalità, pazienti con agorafobia, disturbi dello spettro autistico ecc), potremmo immaginare che tale modalità vada a interferire con la buona riuscita della terapia stessa in pazienti con disturbo di personalità, dove, l'assenza del terapeuta dal vivo potrebbe andare a complicare il quadro.

In sintesi, fino ad oggi la maggior parte degli studi suggerisce che c'è un'associazione positiva tra risultati migliori negli interventi in internet e contatto del terapeuta. Tuttavia, se il contenuto del trattamento internet è di adeguata qualità e sufficientemente coinvolgente per i pazienti l'esperienza del terapeuta potrebbe essere meno importante. (Andersson et al., 2014).

Sono necessari degli studi più approfonditi a tal proposito per dare risposta a tali perplessità.

Bibliografia

- Almlöv, J., Carlbring, P., Berger, T., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2009). Therapist Factors in Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Major Depressive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38:4, 247-254.
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., & Cuijpers P. (2009). What makes Internet therapy work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38:sup1, 55-60.
- Andersson, G. & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1):4-11.
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B.F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry*, 18 (1): 20-28.
- Bengtsson, J., Nordin, S., & Carlbring, P. (2015): Therapists' Experiences of Conducting Cognitive Behavioural Therapy Online vis-à-vis Face-to-Face. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44:6, 470-479.

- Berger, T., Boettcher, J., & Caspar, F. (2014). Internet-based guided self-help for several anxiety disorders: A randomized controlled trial comparing a tailored with a standardized disorder-specific approach. *Psychotherapy*, 51, 207–219.
- Boettcher, J., Berger, T. & Renneberg, B. (2012). Does a pre-treatment diagnostic interview affect the outcome of Internet-based self-help for social anxiety disorder? A randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40 (5): 513-28.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., Söderberg, M., Ekselius, L. & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1321–1333.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271–279.
- Christensen, H., Griffiths, KM. & Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2):e13.
- Cook, J.E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5(2):95-105.
- Cuijpers, P., Marks, I.M., van Straten, A., Cavanagh, K., Gega, L. & Andersson, G. (2009). Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy* ,38 (2): 66–82.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340.
- Gieselmann, A. & Pietrowsky, R. (2019). The effects of brief chat-based and face-to-face psychotherapy for insomnia: a randomized waiting list controlled trial. *Sleep Medicine*, 61:63-72.
- Gómez Penedo, J.M., Berger, T., grosse Holtforth, M., Krieger, T., Schröder, J., Hohagen, F., Meyer, B., Moritz, S. & Klein, J.P. (2019). The Working Alliance Inventory for guided Internet interventions (WAI-I). *Journal of Clinical Psychology*, 1–14.
- Gun, S.Y., Titov, N. & Andrews, G. (2011). Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Australas Psychiatry*, 19(3):259–64.
- Hedman, E., Andersson, E., Lekander, M., & Ljotsson, B. (2015). Predictors in Internet-delivered cognitive behavior therapy and behavioral stress management for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 64 , 49-55.
- Heim, E., Rötger, A., Lorenz, N., & Maercker, A. (2018). Working alliance with an avatar: How far can we go with internet interventions? *Internet Interventions*, 11, 41–46.
- Jasper, K., Weise, C., Conrad, I., Andersson, G., Hiller, W., & Kleinstaub, M. (2014). The working alliance in a randomized controlled trial comparing internet-based self-help and face-to-face cognitive behavior therapy for chronic tinnitus. *Internet Interventions*, 1, 49–57.
- Kocsis, B.J. & Yellowlees, P. (2018). Telepsychotherapy and the Therapeutic Relationship: Principles, Advantages, and Case Examples *Telemedicine and e-Health*, 24(5):329-334
- Liotti, G. & Monticelli, F., (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Meyer, B., Bierbrodt, J., Schroder, J., Berger, T., Beevers, C., Weiss, M., & Klein, J. (2015). Effects of an internet intervention (Deprexis) on severe depression symptoms: Randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 2, 48–59.
- Morland, L.A., Raab, M., Mackintosh, M.A., Rosen, C.S., Dismuke, C.E., Greene, C.J. & Frueh, B.C. (2013). Telemedicine: A cost-reducing means of delivering psychotherapy to rural combat veterans with PTSD. *Telemedicine and e-Health*, 19(10):754-9.

- Morland, L.A., Poizner, J.M., Williams, K.E., Masino, T.T. & Thorp, S.R. (2015). Home-based clinical video teleconferencing care: Clinical considerations and future directions. *International Review of Psychiatry*, 27(6):504-12.
- Musiat, P. & Tarrrier, N. (2014). Collateral outcomes in e-mental health: a systematic review of the evidence for added benefits of computerized cognitive behavior therapy interventions for mental health. *Psychological Medicine*, 44(15):3137–50.
- Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S.R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82 (1), 52-64.
- Parks, M.R. & Roberts, L.D. (1998) "Making MOOsic": The development of personal relationships on line and a comparison to their off-line counterparts. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15 (4): 517-537.
- Palmqvist, B., Carlbring, P. & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 7 (3): 291–7.
- Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P. & Andersson G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3):280-9.
- Pearcy, C.M., Anderson, R.A., Egan, S.J. & Rees, C.S., (2016). A systematic review and meta-analysis of self-help therapeutic interventions for obsessive–compulsive disorder: Is therapeutic contact key to overall improvement? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 51:74-83.
- Peter, L., Reindl, R., Zauter, S., Hillemaier, T. & Richter, K. (2019). Effectiveness of an Online CBT-I Intervention and a Face-to-Face Treatment for Shift Work Sleep Disorder: A Comparison of Sleep Diary Data. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 3081.
- Peuker, A. C., Habigzang, L. F., Koller, S. H., & Araujo, L. B. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: Uma revisão [Assessment of psychotherapy process and outcome: A review]. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 439–445.
- Preschl, B., Maercker, A., & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11 (1), 189.
- Reynolds, D.J., Stiles, W.B., Bailer, J., & Hughes, M.R. (2013). Impact of exchanges and client-therapist alliance in online-text psychotherapy. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*, 16(5): 370–377.
- Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4):329-42.
- Richardson, R., Richards, D.A. & Barkham, M. (2010). Self-help books for people with depression: the role of the therapeutic relationship. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(1):67-81.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3):286-91.
- Sharp, I.R., Kobak, K.A. & Osman, D.A. (2011). The use of videoconferencing with patients with psychosis: A review of the literature. *Annals of General Psychiatry*, 10(1):14.
- Singulane, B.A.R. & Sartes L.M.A. (2017) Aliança Terapêutica nas Terapias Cognitivo-comportamentais por Videoconferência: uma Revisão da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 37 n°3, 784-798.
- Starri, M. (2020, Febbraio 13). Report digital 2020: in Italia cresce ancora l'utilizzo dei social. We are social. Consultato in data Maggio 2, 2020, da <https://wearesocial.com/it/blog/2020/02/report-digital-2020-in-italia-cresce-ancora-lutilizzo-dei-social>

- Stubbings, D.R., Rees, C.S., Roberts, L.D. & Kane, R.T. (2013). Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11): e258.
- Sucala, M., Schnur, J.B., Constantino, M.J., Miller, S.J., Brackman, E.H. & Montgomery, G.H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review *Journal of Medical Internet Research*. 14 (4): e110.
- Titov, N., Dear, B.F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., McEvoy, P.M. & Rapee, R.M. (2013). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PLoS One*, 8(7):e62873.
- Tsai, H.H., Tsai, Y.F., Wang, H.H., Chang, Y.C. & Chu, H.H. (2010). Videoconference program enhances social support, loneliness, and depressive status of elderly nursing home residents. *Aging & Mental Health*, 14(8):947-54.
- Vogel, P.A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E.M., Launes, G., Håland, Å.T., Hansen, B. & Himle, J.A. (2014) A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63:162-8.
- Wagner, B., Brand, J., Schulz, W. & Knaevelsrud, C. (2012). Web-Based Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder in War-Traumatized Arab Patients. *Depression & Anxiety*, 29 (7), 646-651.
- Watson, H. J., Levine, M. D., Zerwas, S. C., Hamer, R. M., Crosby, R. D., Sprecher, C. S., O'Brien, A., Zimmer, B., Hofmeier, S. M., Kordy, H., Moessner, M., Peat, C. M., Runfola, C. D., Marcus, M. D., & Bulik, C. M. (2017). Predictors of dropout in face-to-face and internet-based cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa in a randomized controlled trial. *The International journal of eating disorders*, 50(5), 569–577.
- Wotton B.M., (2016). Remote cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43:103-13.
- Zerwas, S. C., Watson, H. J., Hofmeier, S. M., Levine, M. D., Hamer, R. M., Crosby, R. D., Runfola, C. D., Peat, C. M., Shapiro, J. R., Zimmer, B., Moessner, M., Kordy, H., Marcus, M. D., & Bulik, C. M. (2017). CBT4BN: A Randomized Controlled Trial of Online Chat and Face-to-Face Group Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(1), 47–53.

Paola Lioce, Psicologa e Psicoterapeuta, Foggia
Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Romano e Monticelli

www.paolaliocce.com

e-mail: info@paolaliocce.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

Tricotillomania e disturbo da escoriazione

Valeria Mignogna¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, Campobasso

Riassunto

La tricotillomania e il disturbo da escoriazione sono caratterizzati dalla messa in atto di comportamenti ripetitivi e dannosi in cui il bersaglio della condotta è il proprio corpo. Le condotte comportamentali che caratterizzano questi disturbi, ovvero “azioni di strappo dei capelli” nella tricotillomania e di “stuzzicamento” della pelle nel disturbo da escoriazione risultano molto comuni e diffuse nella popolazione generale, tuttavia, divengono patologiche quando la loro ricorrenza e i fallimentari tentativi di interromperne la messa in atto creano disagio significativo nella vita degli individui che le agiscono. Nella letteratura scientifica vi è una notevole disparità di studi orientati all’indagine della tricotillomania (Woods e Miltenberger, 2001) e del disturbo da escoriazione (Grant et al., 2012), rispetto ad altri disturbi psichiatrici. La mancanza di un corpus consistente di studi specifici, potrebbe riflettersi nella falsa percezione che questi disturbi siano meno gravi o diffusi di altre condizioni psichiatriche maggiormente indagate e, a questo, sembrerebbe seguire di fatto una minore conoscenza dei meccanismi sottostanti i disturbi e delle strategie terapeutiche più efficaci per la loro cura (Duke et al., 2010; Bottesi et al., 2016). Tuttavia, entrambi i disturbi sono diffusi e possono compromettere notevolmente il funzionamento psicosociale dei pazienti che ne soffrono (Diefenbach et al., 2002; Diefenbach et al., 2005; Woods, 2002; Woods et al., 2001; Roberts et al., 2013).

Scopo di questo lavoro è fornire una panoramica generale sui due disturbi. Dopo una presentazione sugli aspetti fenomenologici e non, sono riportati i diversi modelli psicologici proposti in letteratura. Infine, sono riportate le indicazioni terapeutiche risultanti ad oggi maggiormente efficaci.

Parole Chiave: tricotillomania, disturbo da escoriazione, caratteristiche cliniche, terapia cognitivo comportamentale

Trichotillomania and skin picking disorder

Summary

Trichotillomania and skin picking disorder are characterized by the implementation of repetitive destructive, and non-functional behaviors directed toward the body. The repetitive behaviors that characterized this disorders, hair-pulling and skin picking respectively, are common and widespread in the general population,

Valeria Mignogna, Tricotillomania e disturbo da escoriazione, *N. 26, 2020, pp. 44-74.*

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

however, they become pathological when their recurrence and the unsuccessful attempts to interrupt their implementation create significant discomfort in the life of the individuals who act on them.

Compared to other psychiatric disorders in the scientific literature, there is a significant disparity of studies oriented to the investigation of trichotillomania (Woods and Miltenberger, 2001) and excoriation disorder (Grant et al., 2012). The relatively limited attention for these disorders could be reflected in the false perception that these disorders are less serious or widespread than other and, this would seem to be followed by a lesser knowledge of the mechanisms underlying the disorders and about the most effective therapeutic strategies for their treatment (Duke et al., 2010; Bottesi et al., 2016). However, both disorders are widespread and can greatly impair the psychosocial functioning of patients who suffer from them (Diefenbach et al., 2002; Diefenbach et al., 2005; Woods, 2002; Woods et al., 2001; Roberts et al., 2013).

This article reviews the epidemiology, clinical features, diagnostic criteria, psychopathology/psychiatric comorbidity and psychological models of both disorders. Finally, the therapeutic indications resulting to date most effective are reported.

Key words: trichotillomania, skin picking disorder, clinical features, Cognitive-Behavioural Therapy

Tricotillomania: caratteristiche generali

Criteri diagnostici

Il termine tricotillomania (TTM) deriva da thrix (capello), tillo (tirare) e mania (impulso nervoso) e fu coniato da Hallopeau alla fine del diciannovesimo secolo (VanScoy, 2001), come suggerisce il nome stesso, la tricotillomania, ovvero il disturbo da strappamento di peli è una condizione psichiatrica caratterizzata dalla presenza di comportamenti ripetitivi di strappamento di capelli o peli che, oltre a causare la perdita degli stessi, porta ad una marcata riduzione del funzionamento sociale e/o lavorativo dell'individuo (Christenson et al., 1991a; Woods et al., 2006b).

Nel DSM V il disturbo è inserito all'interno del capitolo "Disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati". I criteri per effettuare diagnosi di tricotillomania sono: A) Ricorrente strapparsi i capelli o peli, con conseguente perdita degli stessi; B) Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere tale comportamento; C) Lo strapparsi capelli o peli causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti; D) Lo strapparsi capelli o peli o la loro perdita non sono attribuibili a un'altra condizione medica (ad es. una condizione dermatologica); E) Lo strapparsi capelli o peli non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale.

Fino al DSM-IV-TR, la tricotillomania era inserita all'interno del capitolo dei disturbi del controllo degli impulsi ed erano inclusi ulteriori criteri diagnostici, ossia la sensazione di tensione percepita immediatamente prima o durante il comportamento di strappare i capelli e la sensazione di piacere, gratificazione, o sollievo dopo lo "strappo". Tuttavia, non risultava chiaro se la sensazione di

tensione si riferisse a una tensione “generata” da fattori esterni o dallo sforzo di resistere all’impulso di strappare i capelli. Inoltre, dall’osservazione clinica e da ricerche su campioni abbastanza ampi è emerso che i criteri di “tensione” e successiva gratificazione sono presenti, ma solo in una parte dei pazienti o di episodi di strappo (es. Christenson et al., 1991b; Roberts et al., 2013). Questi dati hanno portato di fatto alla rimozione dei criteri di “tensione” precedente e “gratificazione” successiva per la diagnosi del disturbo (Stein et al., 2010).

Epidemiologia

Nella popolazione generale, la prevalenza annuale stimata in adulti e adolescenti è dell’1-2% (APA, 2013). Tuttavia, i dati relativi alla prevalenza della tricotillomania sono contrastanti: gli studi al riguardo riportano un tasso di prevalenza che oscilla tra lo 0,6% e il 15% in base all’adozione di criteri diagnostici basati sulla precedente versione del DSM, applicati in maniera più o meno restrittiva (ad esempio, Christenson et al., 1991b; Duke et al., 2009). Negli adulti, il disturbo è maggiormente diffuso nelle donne rispetto agli uomini con un rapporto di 10:1. Tuttavia, questa differenza di genere potrebbe in realtà riflettere una maggiore facilità per gli uomini nel mascherare il problema giustificandone i segni come dovuti alla comune calvizie, ma anche a una generale tendenza degli uomini a non ricercare un trattamento terapeutico (Christenson et al., 1991a; 1994; Penzel, 2003; Grant e Chamberlain, 2016). Nell’infanzia invece non risultano differenze di genere (APA, 2013).

Per quanto riguarda l’età di l’esordio, l’insorgenza del disturbo è tendenzialmente all’inizio dell’adolescenza (intorno ai 10-13 anni) (Cohen et al., 1995; Woods et al., 2006a; Duke et al., 2010). Diversi studi descrivono una distribuzione bimodale dell’esordio: un picco all’inizio della pubertà e l’altro durante l’infanzia (tra i due e i sei anni) (Swedo e Rapaport, 1991). Tuttavia, mentre nei bambini la tricotillomania tendenzialmente si risolve spontaneamente, l’esordio in adolescenza si associa ad una cronicizzazione del disturbo se questo non viene trattato (Wilhelm e Margraf, 1993, Grant e Chamberlain, 2016). Un’insorgenza tardiva si caratterizza per maggiore gravità, cronicità, resistenza al trattamento, aree multiple di strappo e più elevata comorbidità psichiatrica (Swedo e Leonard, 1992).

Caratteristiche fenomenologiche

Il comportamento ripetitivo di strappare peli o capelli (*hair-pulling*), riguarda più frequentemente il cuoio capelluto, sopracciglia e ciglia, anche se i peli possono essere strappati in qualsiasi parte del

corpo (Woods et al., 2006a; 2006b). La perdita di capelli o peli non è sempre chiaramente visibile in quanto la zona bersaglio può essere ampiamente distribuita, inoltre, le persone con tricotillomania tendenzialmente negano di strapparsi i capelli e/o i peli, e cercano di camuffare l'alopecia autoindotta (con particolari pettinature, cappelli o foulard). La condotta di strappo può verificarsi sia in stati di rilassamento e distrazione, sia durante situazioni stressanti (APA, 2013). In alcuni casi è un disturbo che si presenta in episodi più rari e prolungati, che possono durare ore (Swedo e Rapoport, 1991), ma più tipicamente è un disturbo costante con più episodi al giorno, la durata di ogni episodio è variabile (Christenson et al., 1991a; Keuthen et al., 1998; Grant e Chamberlain, 2016).

Solitamente, le persone con tricotillomania riferiscono di non provare dolore durante l'*hair-pulling*; possono invece avvertire prurito o formicolio nelle zone soggette allo strappo, sensazioni che il più delle volte inducono la messa in atto del comportamento. In alcuni casi, individui con questo disturbo possono accompagnare al comportamento disfunzionale l'utilizzo di strumenti affilati quali pinzette o forbici, causando danni allo scalpo o alla cute (Grant e Chamberlain, 2016). Gli individui con tricotillomania spesso preferiscono strappare «particolari tipi di capelli e/o peli» in base a specifiche caratteristiche sensoriali come, ad esempio, lunghezza, colore e ruvidità al tatto (Christenson et al., 1991a), in alcuni pazienti lo “strappo” avviene in maniera ritualistica, ovvero seguendo particolari regole soggettive (Swedo e Rapoport, 1991).

I trigger che precedono la condotta comportamentale di strappo possono essere molteplici: sensoriali (ad es., spessore, lunghezza e posizione dei capelli e/o sensazioni fisiche sul cuoio capelluto), emotivi (ad es., uno stato d'ansia, noia, “tensione” o rabbia) e cognitivi (ad es. pensieri sui capelli) (Christenson, 1995; Bottesi et al., 2019). La TTM coinvolge anche una varietà di comportamenti che seguono lo “strappo”. Dalla letteratura emerge infatti che dopo l'*hair-pulling* molte persone mettono in atto specifici comportamenti, spesso accompagnati da sensazioni piacevoli, come esaminare le radici dei capelli, “giocare” con il/i capello/i strappati dal cuoio, accarezzare il viso o le labbra con i capelli, tirare o morderne la radice (Christenson et al., 1991a; Christenson e Mansueto, 1999; Bottesi et al., 2019).

Gli stili di strappo

La TTM sembra essere un disturbo caratterizzato da una vasta eterogeneità negli aspetti fenomenologici e comportamentali (Bottesi et al., 2019). Tuttavia, ricerca e dati clinici concordano nell'individuare due principali sottotipi che riflettono diversi gradi di consapevolezza del soggetto

quando agisce la condotta di *hair-pulling*: TTM focalizzata (*focused-pulling*) e TTM automatica (*automatic-habitual pulling*) (Christenson et al., 1991a; Christenson et al., 1993; du Toit et al., 2001). Infatti, in alcuni casi i pazienti riferiscono di non essere consapevoli dei loro comportamenti, come se fossero agiti "automaticamente", la condotta sintomatica risulta essere quindi simile a uno schema fisso d'azione, una stereotipia (Perdighe e Mancini, 2016; Bottesi et al., 2019). In questi casi, se il paziente viene interrotto o ostacolato non ricorre a comportamenti alternativi e non si descrive focalizzato sull'esecuzione del sintomo che può essere messo in atto anche mentre è concentrato su altre attività. La persona non riconosce il comportamento mentre questo è in corso, rendendosi conto solo quando l'atto è stato completato, per questo motivo talvolta la persona descrive di essersi sentita, in questi episodi, in uno stato di trance o dissociazione. In questi casi, la persona non sperimenta né l'impulso a strappare né sensazioni prodromiche precedenti. Generalmente, si verifica quando l'individuo è impegnato in attività come leggere, scrivere o guardare la televisione; questo rappresenta lo stile predominante quando le persone sono annoiate o stanno svolgendo, appunto, attività sedentarie (Sonarrason et al., 2010; Wilhelm et al., 1999; du Toit, 2001; Bottesi et al., 2019).

La condotta viene definita "focalizzata", invece, quando vi è consapevolezza e intenzionalità della sua messa in atto. In questi casi i pazienti agiscono il comportamento per raggiungere uno scopo risultando quindi concentrati sull'esecuzione della condotta, che riflette l'impegno profuso per il suo raggiungimento (Christenson et al., 1999; Woods et al., 2006a; Houghton et al., 2016). Nello stile focalizzato, la condotta presenta affinità fenomenologiche con i rituali del disturbo ossessivo-compulsivo. La persona ricerca consapevolmente e intenzionalmente capelli e/o peli da strappare, mettendo in atto il comportamento in modo consapevole e in risposta a eventi o stati affettivi negativi, come ad esempio ansia, stress, frustrazione, tristezza o necessità di simmetria, in questo ultimo caso lo scopo perseguito, è simile alla neutralizzazione della "*Not Just Right Experience*" e il sintomo è quindi orientato dalla ricerca accurata di tutto ciò che "non è a posto", dando seguito a controlli ripetuti e a più "strappi" (Coles et al., 2016; Perdighe e Mancini, 2016). Nei casi di *focused-pulling* è generalmente presente un aumento di tensione che precede lo strappo o mentre si cerca di resistere all'impulso di strappare, e una sensazione di sollievo quando lo strappo è avvenuto (Christenson et al., 1991a; Flessner et al., 2008b).

La maggior parte dei pazienti mette in atto entrambi gli stili di *hair-pulling*, presentando un quadro clinico misto (Christenson et al., 1991a; du Toit et al., 2001; Flessner et al., 2008b; Bottesi et al., 2019).

Conseguenze fisiche e psicologiche

Da un punto di vista fisico le conseguenze della tricotillomania possono essere diverse, oltre all'alopecia autoindotta, possono esservi zone di sanguinamento o irritazione del cuoio capelluto, infezioni cutanee (Botteses et al., 2019). Inoltre, oltre il 20% dei pazienti ingerisce i capelli dopo averli estratti (tricofagia), con conseguenti ostruzioni gastrointestinali dovute alla formazione di tricobezoari (agglomerati estranei presenti nel canale gastroenterico composti da peli e da capelli), in casi estremi è richiesto un intervento chirurgico (Grant e Odlaug, 2008; Grant e Chamberlain, 2016).

Il disturbo crea disagio psicologico significativo e compromissione del funzionamento sociale o lavorativo del soggetto in diversi aspetti. Molti individui con TTM riferiscono di sentirsi poco attraenti, isolati socialmente e riportano un tono dell'umore tendenzialmente basso (Stemberger et al., 2000), generalmente riportano emozioni negative quali vergogna e frustrazione per l'incapacità di controllare gli strappi (Casati et al., 2000; du Toit et al., 2001). Il vissuto di perdita di controllo, l'incapacità quindi di interrompere la messa in atto del comportamento disfunzionale e l'alopecia che ne deriva, si associano anche ad ansia sociale oltre che a un basso funzionamento psicosociale (Christenson e Mansueto, 1999; Lewin et al., 2009). La bassa autostima di queste persone può dipendere sia dalla presenza di aree glabre sia dalla frustrazione derivante dall'incapacità di controllare la messa in atto della condotta (Diefenbach et al., 2005; Botteses et al., 2019). I pazienti riferiscono difficoltà accademiche, professionali, l'incapacità di perseguire l'avanzamento di carriera e/o la messa in atto di evitamenti di interazioni sociali, attività ricreative (Woods et al., 2006b; Botteses et al., 2016) oltre che di situazioni di intimità che tendenzialmente generano ansia (Christenson e Mansueto, 1999; Diefenbach et al., 2005; Duke et al., 2010).

Quasi un terzo degli adulti con tricotillomania riferisce una qualità di vita bassa o molto bassa (Odlaug et al., 2010). Tuttavia, il livello di compromissione psicosociale sembra essere fortemente associato a caratteristiche specifiche del disturbo. Ad esempio, in un lavoro di Grant e colleghi, 2016, in cui sono state indagate le caratteristiche del funzionamento psicosociale in pazienti con TTM (152 soggetti), è emerso che quasi la metà dei soggetti (44%) riportavano un livello di compromissione moderato o severo del funzionamento psicosociale e, in linea con studi precedenti (Tucker et al., 2011; Woods et al., 2006b), la compromissione psicosociale è risultata associata alla gravità dei sintomi, indipendentemente da caratteristiche di età, genere o livello di istruzione (Grant et al., 2016). Inoltre, questo lavoro sembra confermare dati precedenti (Tung et al., 2014) in cui è

emerso che pazienti con TTM, che presentano sintomi ansiosi o depressivi, mostrano un maggiore livello di compromissione del funzionamento psicosociale, indipendentemente dalla presenza di un vero e proprio disturbo depressivo o diagnosi di disturbo d'ansia (Grant et al., 2016). Infine, in accordo con la letteratura precedente, questo lavoro conferma che all'aumentare dell'età di insorgenza della TTM è associata la gravità dei sintomi che a sua volta è associata ad una maggiore compromissione psicosociale e quindi ad una bassa qualità di vita percepita (Odlaug et al., 2010; Odlaug et al., 2012; Grant et al., 2016). Tuttavia è possibile che la bassa qualità di vita dei pazienti TTM sia del tutto o parzialmente dovuta all'associazione con sintomi depressivi (Houghton et al., 2016). Ad esempio, nel lavoro di Houghton et al. (2016) emerge che, in un campione di pazienti TTM, solo i punteggi ottenuti alla *Beck Depression Inventory* correlavano significativamente con quelli relativi alla qualità di vita percepita, suggerendo che la gravità dei sintomi depressivi è il miglior predittore della qualità di vita percepita dai pazienti. Questo lavoro è in linea con studi precedenti, in cui la gravità dei sintomi depressivi risultava essere significativamente associata alla qualità di vita percepita, indipendentemente dalla gravità dei sintomi TTM (Tung et al., 2014; Keuthen et al., 2004).

In merito a ciò, a oggi, non risultano studi che indagano la causalità tra le variabili in gioco, lasciando spazio a possibili ipotesi speculative che possono essere così sintetizzate: un'ipotesi è che la gravità dei sintomi della TTM porterebbe a una maggiore compromissione psicosociale che a sua volta genererebbe maggiori sintomi depressivi e/o ansiosi (il comportamento di *hair-pulling* sarebbe quindi il punto di partenza della catena di eventi); oppure, la compromissione del funzionamento psicosociale potrebbe rappresentare il fattore causale dell'aggravamento dei sintomi, in quanto porterebbe all'isolamento del paziente o a una minore mancanza di motivazione a controllare il comportamento; infine, una terza ipotesi è che alcune variabili quali ansia e depressione potrebbero aumentare la tendenza del soggetto alla messa in atto del comportamento disfunzionale che a sua volta incrementerebbe la compromissione psicosociale (Grant et al., 2016).

Comorbilità e diagnosi differenziale

Il tasso di comorbilità del disturbo TTM con varie condizioni psicopatologiche risulta elevato (57%) (Flessner, 2012), tuttavia, la letteratura porta dati non sempre univoci sul tasso di comorbilità di ognuno di questi (Houghton et al., 2016; Grant e Chamberlain, 2016). Nel complesso diversi studi concordano che il 50% dei pazienti riporta un presente o passato disturbo d'ansia, più del 30% dei pazienti presenta una storia di depressione maggiore mentre più del 20% mostra un'attuale

depressione maggiore, infine, un altro 20% disturbi alimentari e/o disturbi da uso di sostanze presenti o passati (Christenson e Mansueto, 1999; Houghton et al., 2016; Swedo e Leonard, 1992; Schlosser et al., 1994; Bottesi et al., 2019). Anche la comorbidità con il disturbo ossessivo-compulsivo risulta elevata (Christenson e Mansueto, 1999; Swedo e Leonard, 1992; Schlosser et al., 1994; Tung et al., 2015; Houghton et al., 2016) così come con il disturbo da dismorfismo corporeo (17-23%) (du Toit et al., 2001).

Inoltre, la TTM è spesso in comorbidità con il disturbo da escoriazione (Tung et al., 2015; Houghton et al., 2016) e con il disturbo post traumatico da stress (Schlosser et al., 1994; Tung et al., 2015); inoltre, in pazienti che si strappano i capelli in condizioni di non consapevolezza (stile “automatico”) sembra esservi comorbidità con sintomi dissociativi (Lochner et al., 2002a).

Infine, più del 50% dei pazienti presenta un disturbo di personalità (Schlosser et al., 1994): che risultano maggiormente essere quello borderline, passivo-aggressivo e ossessivo-compulsivo (Christenson, et al., 1992; Schlosser et al., 1994; Bottesi et al., 2019).

Nel complesso, le patologie in comorbidità possono influenzare gli stati affettivi i quali possono ricoprire un ruolo importante sia in termini di “trigger” della messa in atto del comportamento, sia in termini di mantenimento del disturbo (Roberts et al., 2013).

In termini di diagnosi differenziale, è utile sottolineare che, lo strappo dei capelli nella TTM non è agito al fine di migliorare un difetto percepito nell’aspetto fisico, come avviene nel disturbo da dismorfismo corporeo. Quest’ultimo infatti è caratterizzato dalla presenza di ossessioni relative alla percezione di difetti del proprio corpo, in alcuni casi gli individui possono agire condotte di *hair-pulling* al fine di rimuovere peluria corporea percepita come sgradevole, asimmetrica o anormale. In questi casi la diagnosi differenziale è favorita da un’attenta analisi delle finalità e degli scopi per cui vengono messe in atto le condotte. Inoltre, spesso la tricotillomania è erroneamente diagnosticata come disturbo ossessivo compulsivo (Grant e Chamberlain, 2017), in quanto i sintomi motori ripetitivi della tricotillomania possono mostrare una certa somiglianza con i rituali compulsivi nel disturbo ossessivo-compulsivo, tuttavia, nel DOC i comportamenti ripetitivi vengono messi in atto in risposta a un’ossessione o secondo regole che devono essere applicate rigidamente (Ferrão e Stein, 2009; Bottesi et al., 2019).

Disturbo da escoriazione (skin picking): caratteristiche generali

Criteria diagnostici

Il disturbo da escoriazione, noto come *skin picking* (SP) o dermatillomania è caratterizzato dal comportamento ripetitivo di “stuzzicamento” della pelle che causa un danno alle zone cutanee bersaglio della condotta (Arnold et al., 2001). Il disturbo assume un’entità nosografica solo nel DSM-5 dove i criteri per effettuare diagnosi sono: A) Ricorrente stuzzicamento della pelle che causa lesioni cutanee; B) Ripetuti tentativi di ridurre o interrompere lo stuzzicamento della pelle; C) Lo stuzzicamento della pelle causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. D) Lo stuzzicamento della pelle non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un’altra condizione medica. E) Lo stuzzicamento della pelle non è meglio giustificato dai sintomi di un altro disturbo mentale.

Epidemiologia

Studi epidemiologici hanno riportato una prevalenza *life-time* nella popolazione generale pari a 1,4% (es. Snorrason et al., 2010), altre ricerche che si sono focalizzate su particolari campioni (ad esempio, studenti, pazienti dermatologici, comunità) hanno rilevato una prevalenza che va dall’1,4% al 5,4% (Roberts et al., 2013).

In letteratura sono stati individuati tre picchi di esordio: prima dei 10 anni, durante l’adolescenza/inizio dell’età adulta (15-21 anni) o tra i 30 e i 45 anni; l’esordio in adolescenza risulta essere quello più comune (Odlaug e Grant, 2011). Il disturbo risulta essere maggiormente diffuso tra le donne rispetto agli uomini (circa il 75% sono donne), tuttavia questo dato potrebbe riflettere il fatto che la maggior parte delle persone con SP che richiedono un trattamento sono donne (Teng et al., 2002; Bohne et al., 2005).

Le caratteristiche cliniche del disturbo sono uguali a prescindere dall’età e dai diversi contesti culturali indagati (Bohne et al., 2002; Lochner et al., 2002b; Tucker et al., 2011; Ferrão et al., 2006; Calikusu et al., 2012). Nonostante si possa verificare la remissione dei sintomi per periodi di tempo variabili, il disturbo tende a cronicizzare (Grant et al., 2012).

Caratteristiche fenomenologiche

Il disturbo da escoriazione si riferisce alla messa in atto ripetitiva di comportamenti volti a “stuzzicare”, pizzicare, grattare-graffiare la pelle o ad eliminare parti della stessa come ad esempio

croste o piccole imperfezioni. Questi comportamenti, agiti per motivi non cosmetici, causano escoriazione e lesioni cutanee dei tessuti bersaglio (Grant e Odlaug, 2008; Keuthen, et al, 2010; Stein et al., 2010). Nei casi più gravi, gli individui creano danni visibili usando pinzette, spille o altri piccoli strumenti per scavare nella loro pelle (Keuthen et al., 2000; Wilhelm et al., 1999; Grant et al., 2012)

Tendenzialmente il comportamento di *skin picking* (SP) ha come bersaglio aree facilmente accessibili come il volto e le braccia, la parte superiore del corpo, cuticole, ma qualsiasi parte del corpo può essere presa di mira. Le zone bersaglio possono cambiare nel tempo (Arnold et al., 2001; Calikuşu et al., 2003).

I trigger del comportamento sono molteplici e possono variare a seconda degli individui. In alcuni casi la condotta può essere preceduta da stati emotivi di stress, rabbia e ansia, che sembrano ridursi dopo la realizzazione della condotta (Roberts et al., 2013), in altri i trigger sembrano essere attività sedentarie come guardare la televisione e/o la lettura, la noia e la sensazione di stanchezza (Arnold et al., 2001; Neziroglu et al., 2008; Snorrason et al., 2010). Inoltre, in alcuni casi anche sensazioni cutanee ad esempio di formicolio, o sensazioni visive (ad esempio, una macchietta della pelle) possono fungere da trigger. In ogni caso la condotta non è indotta da ossessioni o dubbi circa l'aspetto fisico, ma è piuttosto preceduta da una sensazione di tensione o ansia che viene alleviata dall'escoriazione, che spesso è accompagnata da un senso di sollievo o gratificazione (Roberts et al., 2013).

Esiste una grossa eterogeneità nella manifestazione del disturbo tra i diversi pazienti. In alcuni casi la condotta può essere accompagnata da una serie di comportamenti o rituali. Ad esempio, vi può essere una ricerca meticolosa di un particolare tipo di crosta da rimuovere o un particolare modo in cui agire lo *skin picking* (con le mani o con una pinzetta). Inoltre, a volte i pazienti possono mordere o ingoiare la crosta una volta tolta.

Gli stili della condotta

Analogamente alla TTM, in alcuni individui vi è un maggiore grado di consapevolezza della messa in atto della condotta, mentre altri sembrano mostrare un comportamento più automatico (Walther et al., 2009). Infatti, sono stati identificati due differenti sottotipi di *skin picking* con distinte caratteristiche fenomenologiche e funzionali. Le caratteristiche dei due stili sono sovrapponibili a quelle dei due sottotipi di TTM.

Nel complesso, il sottotipo “focalizzato” (*focused-picking*) è caratterizzato da episodi di escoriazione che avvengono nel pieno della consapevolezza e tipicamente in risposta a emozioni negative (ad esempio, ansia, rabbia o tristezza). Il sottotipo “automatico” (*automatic-picking*), invece, è agito inconsapevolmente dal soggetto mentre si trova concentrato su altre attività, quali lettura o visione della televisione (Walther et al., 2009). Molte persone possono presentare un mix di entrambi gli stili comportamentali (Grant et al., 2012).

Conseguenze fisiche e psicologiche

Da un punto di vista fisico, il disturbo da escoriazione cronico può portare alla formazione di cicatrici, piaghe ed infezioni e, in alcuni casi più gravi, sfregi fisici (Woods et al., 2001; Odlaug e Grant, 2008).

Il disturbo può essere molto invalidante in termini di tempo occupato dagli episodi di *skin picking* e della messa in atto di tentativi di nascondere, camuffare le lesioni cutanee che ne derivano: diversi studi riportano infatti che gli individui affetti dal disturbo possono dedicare a questi comportamenti in media un’ora (Neziroglu et al., 2008), tre (Flessner e Woods, 2006) fino a oltre otto al giorno nei casi più gravi (Arnold et al., 1998)

Da un punto di vista psicologico, sono spesso riportati vissuti di colpa, vergogna e imbarazzo, ma anche ansia e depressione in relazione al proprio aspetto (Bohne et al., 2002) e/o all’incapacità di controllare il proprio comportamento (Lochner et al., 2012). L’incapacità di interrompere la messa in atto di queste condotte e i danni cutanei che ne derivano si traducono in diverse conseguenze psicosociali, come l’imbarazzo sociale, l’evitamento di situazioni o attività in cui è possibile rilevare lesioni cutanee e la perdita di produttività in più contesti (Flessner e Woods, 2006). Diversi studi riportano infatti la presenza di significative difficoltà in contesti sociali o professionali (Arnold et al., 2001; Swedo e Rappoport, 1991). Ad esempio, in un sondaggio online del 2011 su 760 persone con SP, il 62,5% ha riferito di evitare eventi sociali e il 57,7% ha riferito di evitare di uscire in pubblico (Tucker et al., 2011). Inoltre, a causa del tempo impiegato nella messa in atto di queste condotte e/o del tempo impiegato nei tentativi di nascondere gli effetti cutanei, queste persone possono arrivare in ritardo o rinunciare ad attività lavorative, scolastiche o sociali (Flessner e Woods, 2006).

Comorbidità e diagnosi differenziale

Il tasso di comorbidità del disturbo da escoriazione con altri disturbi psichiatrici risulta elevato (55%) (Flessner, 2012). Il disturbo di *skin picking* è spesso in comorbidità con la TTM: pazienti con SP riportano spesso o un concomitante disturbo TTM o la presenza di quest'ultimo nel corso della loro vita, inoltre il tasso di TTM in pazienti SP è maggiore rispetto a quello osservato nella popolazione generale (Odlaug et al., 2012; Lochner et al., 2002b). Il disturbo da escoriazione è inoltre spesso in comorbidità con disturbo depressivo (12.5%–48%), disturbi d'ansia (8%–23%) e disturbo da uso di sostanze (14%–36%) (Arnold et al., 1998; Lochner et al., 2002b; Keuthen et al., 2007). Inoltre, diversi studi riportano una sintomatologia ansiosa e depressiva in pazienti SP, secondaria al disturbo di SP (Flessner e Woods, 2006).

Viene anche rilevata una comorbidità significativa con il disturbo da dismorfismo corporeo (Grant et al., 2006; Phillips, 2005). La diagnosi differenziale da quest'ultimo si basa sulla finalità del comportamento messo in atto: nello *skin picking*, la condotta orientata al corpo non è agita per migliorare l'immagine percepita del corpo (come nel dismorfismo corporeo) (Grant et al., 2012). Infine, le percentuali di disturbo ossessivo-compulsivo ricorrente nei soggetti con *skin picking*, e viceversa, sono significativamente più elevate rispetto a quelle riscontrate nella popolazione generale (Grant et al., 2012). Come per la TTM, è necessario sottolineare che spesso il disturbo da escoriazione è erroneamente diagnosticato come disturbo ossessivo-compulsivo (DOC), in quanto i sintomi motori ripetitivi dello SP possono condividere una certa somiglianza con i rituali compulsivi ripetitivi nel disturbo ossessivo-compulsivo. Una valutazione completa e l'indagine accurata delle finalità che guidano il comportamento sono necessarie per determinare la diagnosi oltre che un trattamento appropriato.

Modelli psicologici di riferimento

Il disturbo da escoriazione presenta grandi similarità con la tricotillomania (Phillips et al. 2010; Snorrason et al., 2012; Maraz et al., 2017). Da un punto di vista fenomenologico, ad esempio, come riportato nei paragrafi precedenti entrambe le condotte hanno come *outcome* dell'azione la rimozione di una parte del corpo e sono "innescati" da molteplici tipologie di stimoli, interni ed esterni. Sono stati identificati due distinti stili della condotta ripetitiva disfunzionale: "automatica" e "focalizzata" sia nella TTM sia nel disturbo da escoriazione. Inoltre, sono in qualche modo sovrapponibili per aspetti quali l'età di esordio, la prevalenza nel genere, la co-occorrenza di

entrambi nel corso della vita e la comorbilità tendenzialmente con gli stessi altri disturbi psichiatrici (Odlaug et al., 2012). Infine, entrambe le condotte che caratterizzano i disturbi rientrano nella macrocategoria di comportamenti ripetitivi orientati al corpo (*body-focused repetitive behaviours*, BFRBs) (Hansen et al., 1990; O'Connor et al., 2005; Snorrason et al., 2012; Roberts et al., 2013). Anche i modelli psicologici che verranno riportati di seguito, sebbene sviluppati maggiormente a partire dalla concettualizzazione e osservazione della tricotillomania, vengono estesi anche al disturbo di escoriazione. I seguenti modelli non si escludono vicendevolmente ma piuttosto, è utile considerare un'integrazione degli stessi sia per una concettualizzazione più esaustiva dei diversi aspetti dei disturbi, sia per la valutazione del trattamento degli stessi.

Il modello cognitivo-comportamentale integrato

Il modello cognitivo-comportamentale integrato (Mansueto et al., 1997) non indaga il perché l'individuo inizi un comportamento disfunzionale orientato al corpo, ma è piuttosto un modello in cui vengono messi a fuoco i fattori che entrano in gioco nella messa in atto delle condotte e che ne promuovono o inibiscono il mantenimento.

Secondo il modello, infatti, la comprensione dei meccanismi che regolano la tricotillomania non può prescindere da un'attenta analisi funzionale della condotta e quindi dell'individuazione di: a) stimoli antecedenti lo strappo; b) comportamenti associati allo strappo e c) delle specifiche conseguenze dello stesso per ogni individuo (Mansueto et al., 1997; Bottesi et al., 2019). Secondo il modello di Mansueto e colleghi (1997) riferito alla tricotillomania le caratteristiche di questi fattori sono:

a) Gli antecedenti si dividono in innescanti e discriminativi (ossia quelli che facilitano la messa in atto del comportamento). Entrambi possono essere interni ed esterni. Gli antecedenti innescanti interni comprendono gli stati affettivi (ansia, rabbia, tristezza o noia), le sensazioni fisiche visive o tattili (come colore o *texture* dei capelli) e le cognizioni (pensieri relativi alla simmetria); quelli esterni sono invece oggetti (es. una pinzetta) o luoghi (es. bagno) in cui è facile che il comportamento venga messo in atto. Gli antecedenti discriminativi interni sono invece costituiti da impulsi, particolari posture e/o cognizioni; quelli esterni comprendono ad esempio l'assenza di altre persone o la presenza di particolari oggetti (Mansueto et al., 1997; Bottesi et al., 2019).

b) In merito invece ai comportamenti associati allo strappo Mansueto e colleghi definiscono tre stadi distinti per lo stile "focalizzato" di *hair-pulling*: lo stadio preparatorio che include tutti i

comportamenti che precedono lo strappo (ad esempio il recarsi in un luogo specifico, scegliere la zona bersaglio da cui strappare i capelli, l'analisi visiva o tattile); lo stadio dello strappo che include diverse modalità in cui può essere eseguito; lo stadio finale che si riferisce ai comportamenti successivi e comprende diverse possibili condotte (giocare con i capelli, osservarli, morderli, ingerirli etc.) (Mansueto et al., 1997; Bottesi et al., 2019).

c) Le conseguenze dello strappo possono essere sia positive e quindi rinforzanti che negative (avversive). Le conseguenze positive sono sia rinforzi positivi, caratterizzati da stati emozionali positivi e/o dal raggiungimento di obiettivi, sia rinforzi negativi come la riduzione dello stress, o della noia; in entrambi i casi mantengo il comportamento, in particolare la sensazione di sollievo dalle emozioni negative rappresenta un potente fattore di rinforzo in quanto promuove il mantenimento del sintomo e la sua messa in atto come strategia di "gestione" delle emozioni negative. Di contro, le conseguenze negative si riferiscono invece alle sensazioni ed emozioni negative (senso di colpa, vergogna) e ai risvolti sociali negativi che insorgono dopo il comportamento di strappo; tuttavia, le conseguenze negative raramente riducono il comportamento ma piuttosto sembrano fungere da innesco alla sua rimessa in atto (Mansueto et al., 1997; Bottesi et al., 2019).

Inoltre, Mansueto e colleghi (1997) hanno individuato cinque diverse modalità attraverso cui può avvenire lo strappo: 1. Ambientale, in cui lo stimolo innescante principale è appunto l'ambiente esterno; 2. Sensoriale, dove invece lo strappo avviene ad esempio in seguito a sensazioni come il prurito; 3. Motoria, che rappresenta la modalità principale di strappo nello stile "automatico" in quanto lo stesso viene agito come abitudine motoria e con consapevolezza scarsa (o nulla); 4. Cognitiva, modalità in cui i pensieri sono i principali fattori di innesco e/o facilitatori degli episodi di strappo. In questa modalità la condotta viene agita con finalità autoregolatoria in risposta alle emozioni spiacevoli generate dalle cognizioni; 5. Affettiva, in questa modalità le emozioni negative (es. ansia) rappresentano il fattore di innesco. I pazienti con tricotillomania sembrano agire la condotta in base a una o più modalità (Mansueto et al., 1997; Bottesi et al., 2019).

In letteratura, questo modello è stato applicato anche ad altre condotte ripetitive orientate al corpo, come ad esempio al disturbo da escoriazione (Roberts et al., 2013). Infatti sembra che sia individui con TTM, che con disturbo da escoriazione riportano che l'impulso, il desiderio di mettere in atto il comportamento (di tirare i capelli o stuzzicare la propria pelle rispettivamente) si verifica più frequentemente in determinate condizioni e che è innescato da diversi trigger

interni o esterni (Diefenbach et al., 2002; Duke et al., 2010; Mansueto et al., 1997; Williams et al., 2006). Alla comparsa del trigger, segue tendenzialmente, anche nel disturbo da escoriazione, lo sforzo di controllare l'impulso (cioè, di non mettere in atto il comportamento) che a sua volta porta alla comparsa di ulteriori emozioni negative e/o aumenta le emozioni negative trigger creando di fatto un circolo vizioso tra emozioni e comportamenti ripetitivi orientati al corpo. I fattori che favoriscono o che inibiscono la messa in atto del comportamento in risposta al trigger sono molteplici (oggetti, luoghi, persone, pensieri e emozioni) e comuni tra i due disturbi, ad esempio, la presenza di un specchio rappresenta spesso un facilitatore (sia per TTM che SP), mentre la presenza di un'altra persona può inibire la messa in atto della condotta. Una volta che un individuo si impegna in un episodio di *skin picking* o di *hair-pulling*, il rinforzo positivo e negativo che ne consegue aumenta la probabilità di rimettere in atto la condotta in futuro.

Modello di regolazione dello stimolo

Il modello della regolazione dello stimolo (Penzel, 2003) attribuisce ad una compromissione-malfunzionamento dei meccanismi che regolano l'omeostasi interna al sistema nervoso, dovuta probabilmente ad una predisposizione genetica, lo sviluppo della TTM. A partire dall'osservazione clinica di individui con TTM, Penzel ha rilevato che le persone sembrano mettere in atto la condotta di strappare i capelli sia quando sono "sovrastimolate" (ad esempio in caso di stress o stato di eccitazione) sia quando sono "sottostimolate" (ad esempio in situazioni di inattività o vissuti di noia). A partire da questo Penzel ha ipotizzato che la messa in atto di un comportamento orientato all'esterno rappresenta un tentativo di regolare uno stato interno al fine di mantenere un'omeostasi che garantisca un livello ottimale di stimolazione (ossia che non comporti né stress, né privazione sensoriale). In linea con questo modello, in persone con tricotillomania uno stato di stanchezza o noia favorirebbe l'innescò della condotta comportamentale che, a sua volta, favorirebbe un incremento della stimolazione; al contempo, anche stati di tensione o emozioni negative favorirebbero lo strappo che, in questo caso, garantirebbe una diminuzione della stimolazione (Begotka et al., 2004). In linea con ciò, infatti, i comportamenti rilevati nella TTM sembrano offrire diverse tipologie di stimolazione riferite ad aree diverse del cervello (tattile, visiva, orale): stimolazione tattile (ad es. toccare o lisciare i capelli/peli; estrarre i capelli; maneggiare e manipolare il capello/pelo una volta che è stato strappato; giocare con il bulbo dopo che è stato separato dal capello/pelo); stimolazione visiva (ad es. esaminare i capelli/peli strappati; esaminare il

bulbo dopo essere stato separato dal capello/pelo, controllare la grandezza, il colore etc.); stimolazione orale (ad es. tenere i capelli tra i denti, ingerirli) (Pezel, 2003).

In letteratura, anche il modello della regolazione dello stimolo viene esteso nella concettualizzazione di tutti i comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo (BFRBs) e quindi anche al disturbo da escoriazione. In linea con ciò, a quanto riportato prima, può essere aggiunto che i BFRBs vengono “scelte” come condotte volte alla regolazione dell’omeostasi interna perché: (a) capelli, così come la pelle, sono abbondanti e sempre disponibili; (b) le aree sul corpo in cui si verificano le condotte di *hair-pulling* e lo *skin picking* può essere ricco di siti di terminazioni nervose; (c) a causa di una possibile base genetica, questi comportamenti forse sono già presenti nel cervello come parte di vecchi programmi di *grooming* (toilettatura e cura della persona) e per questo motivo possono essere compiuti quasi automaticamente senza la necessità di prestarvi attenzione; queste condotte sono infatti estremamente diffuse nella popolazione generale, ma, a contrario di pazienti con TTM o SP, vengono agite poco frequentemente; (d) I BFRBs possono essere estremamente gratificanti e piacevoli (Roberts et al., 2003).

Questo modello fornirebbe quindi oltre a una concettualizzazione dei disturbi, una spiegazione del perché questi comportamenti vengono ampiamente “selezionati” e facilmente agiti dalla popolazione generale.

Modello di regolazione emotiva

Secondo il modello di regolazione emotiva, la condotta di *hair-pulling* o di escoriazione della pelle viene messa in atto come strategia finalizzata alla regolazione emotiva (Diefenbach et al., 2002; Roberts et al., 2013). In linea con ciò, da diversi studi che hanno indagato le emozioni che accompagnano la condotta ad esempio di *hair-pulling* è emerso che nella maggior parte dei casi lo stato emotivo che precede il comportamento è tendenzialmente di noia, tristezza, ansia, rabbia, imbarazzo, tensione, invece, dopo la messa in atto della condotta si osserva una riduzione delle emozioni negative quali ansia, tensione e frustrazione e un aumento di una sensazione di sollievo dalla tensione, ma anche di vergogna, imbarazzo, senso di colpa, tristezza (Diefenbach et al., 2002; Diefenbach et al., 2008; Neal-Barnett e Stadiulus, 2006; Mansueto et al., 2007).

In questo modello, dunque, lo strappo o la condotta di escoriazione vengono adottati alla stregua di una strategia di autoregolazione emozionale disfunzionale, che consente all’individuo di distrarsi da pensieri o sentimenti indesiderati o di ridurne l’intensità (agendo dunque da rinforzo negativo) (Flessner et al., 2008b; Roberts et al., 2013; Bottesi et al., 2019). Questo modello integra a) il ruolo

delle emozioni negative come innesco (trigger) di condotte comportamentali orientate al corpo, b) il ruolo dei comportamenti disfunzionali orientati al corpo nella modulazione delle emozioni e c) il ruolo della percezione di sollievo dalle emozioni negative nel mantenimento e nel rinforzo del comportamento (Roberts et al., 2013). In linea con ciò, in un'indagine condotta su internet del 2009 è emerso che gli individui che riferivano la messa in atto di comportamenti di "strappare i capelli" riportavano maggiori difficoltà nel modulare, tollerare, "riprendersi" dalle emozioni, soprattutto di ansia, tensione, vergogna e noia. Inoltre, gli individui che riportavano una maggiore difficoltà di regolazione emotiva riferivano di provare quelle stesse emozioni prima e durante la messa in atto della condotta di strappare i capelli. Sebbene la correlazione tra difficoltà generale di regolazione delle emozioni e la gravità di *hair-pulling* variava da piccola a moderata, questo studio suggerisce che, come proposto dal modello di regolazione emotiva, una scarsa capacità di regolazione delle emozioni potrebbe rappresentare una caratteristica presente in TTM (Shusterman et al., 2009). Inoltre, in uno studio del 2010 (Snorrason et al., 2010) dove è stata indagata la relazione tra comportamenti di *skin picking* e reattività alle emozioni è emerso che, rispetto ai controlli, il gruppo SP mostrava, in accordo con studi precedenti, una minore capacità di regolazione emotiva in termini di reattività, suggerendo che queste persone tendono a sperimentare frequentemente emozioni intense e persistenti (Nock et al., 2008). Applicato a tutti i disturbi da comportamenti ripetitivi focalizzati sul corpo, il modello implica che, in queste persone, la compresenza di cronici ed elevati livelli di arousal emotivo e una scarsa capacità di regolazione emotiva li spinge all'adozione di strategie comportamentali disfunzionali (Snorrason et al., 2010).

Tuttavia, non è del tutto chiaro se l'ansia, la tensione o altri stati negativi che precedono gli episodi comportamentali dipendono da fattori esterni o se l'incremento dell'intensità degli stessi dipende dallo sforzo di evitare la messa in atto del comportamento disfunzionale. Rispetto a questo, alcuni studi suggeriscono che lo stato emotivo negativo che fa da trigger alla sequela comportamentale è dovuto alla sintomatologia ansiosa o depressiva spesso in comorbilità con questi disturbi (Flessner, 2012). Nonostante ciò, è comunque ipotizzabile anche che, in alcune persone la tensione derivante dal tentativo di evitare la messa in atto del comportamento disfunzionale possa creare un'ulteriore attivazione emotiva, aggravando lo stato di tensione percepito e creando un ciclo di tensione elevata o eccitazione emotiva, difficoltà di regolazione delle emozioni e condotte comportamentali (Roberts et al., 2013).

Nel complesso, il modello propone che gli individui che agiscono queste condotte hanno scarse capacità di tollerare e controllare determinate emozioni e l'impegno profuso nella messa in atto di

queste condotte è finalizzato allo scopo di evitare, ridurre o modulare lo stato emotivo avverso. Nonostante le conseguenze negative che ne derivano, i comportamenti disfunzionali tendono a persistere attraverso meccanismi di rinforzo negativo derivante dall'evitamento, distrazione, fuga dalle emozioni negative. Gli episodi disfunzionali riflettono quindi il tentativo di "interrompere" uno stato emotivo negativo e la mancanza di strategie alternative per rispondere a tale stato (Shusterman et al., 2009).

Ruolo del trauma

Negli anni è stata indagata anche la relazione tra la presenza di episodi traumatici nell'infanzia, la tricotillomania, e il disturbo di escoriazione. In quest'ambito diverse ricerche hanno rilevato un'alta frequenza di episodi traumatici nella storia di vita di pazienti con disturbo da escoriazione (Bordnick et al., 1994; Neziroglu et al., 2008) e con disturbo TTM (Gershuny et al., 2003; Boughn e Holdom, 2003) rispetto a gruppi di controllo. Ad esempio, in uno studio condotto su 44 donne con TTM è emerso che il 91% dei pazienti riferivano la presenza nella loro vita di un'esperienza traumatica. La maggior parte di questi episodi traumatici riguardava abusi familiari, verbali, fisici e/o sessuali. In aggiunta, l'86% riferiva che l'esperienza traumatica correlava con il primo ricordo di comportamento di strappo dei capelli in quanto questo specifico comportamento era esordito nello stesso anno dell'episodio di violenza riportato (Boughn e Holdom, 2003). Da altri studi è emerso che un'ampia percentuale di pazienti con TTM (tra il 76 e l'86%) ha vissuto almeno un evento traumatico di vita e il 19% presenta un disturbo da stress post-traumatico in comorbilità (PTSD). Sempre in questo ambito, è stato osservato che all'aumentare della durata di comportamenti TTM corrisponde una riduzione della manifestazione dei sintomi di PTSD (Anwar e Jafferany, 2019). In un studio (Özten et al., 2015), che si è proposto di indagare la relazione tra eventi di vita traumatici, sintomi del disturbo post traumatico da stress e episodi dissociativi in pazienti con TTM (n = 23) e SP (n = 44) rispetto a un gruppo di controllo (n = 37), è emerso che rispetto al gruppo di controllo, sia il gruppo TTM che il gruppo SP riferivano un numero di eventi traumatici significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo e che una percentuale di pazienti TTM (circa il 30%) e SP (circa il 20%) riportavano sintomi compatibili con un disturbo post traumatico da stress, inoltre gli autori riportano una correlazione negativa tra la gravità dei sintomi post traumatici da stress e la durata della sintomatologia TTM e SP. L'ipotesi speculativa riportata dagli autori per l'interpretazione di quest'ultimo dato è che le condotte di *hair-pulling* e di

skin picking possono rappresentare una strategia di coping, seppur disfunzionale, per la gestione di pensieri intrusivi legati al trauma (Özten et al., 2015).

Nel complesso, l'ipotesi proposta in letteratura è che le esperienze traumatiche possano svolgere un ruolo nello sviluppo della tricotillomania e del disturbo da escoriazione, in quanto potrebbero presentarsi inizialmente in reazione a un trauma psicologico come strategie utilizzate per far fronte a pensieri angoscianti legati al trauma (Duke et al., 2010): dinnanzi alla sofferenza emotiva dovuta all'esperienza traumatica l'individuo si focalizzerebbe su una parte del corpo per allontanarsi dal vissuto mal tollerato (Özten et al., 2015; Anwar e Jafferany, 2019).

Interventi terapeutici

Tendenzialmente soggetti con tricotillomania non richiedono un percorso di cura, le ragioni di ciò includono sia i secondari di vergogna e imbarazzo sia la mancanza di consapevolezza del fatto che la TTM è una condizione medica riconosciuta (Woods et al., 2006b; Grant e Chamberlain, 2016). Analogamente, diversi studi riportano che meno di un quinto di individui con disturbo da escoriazione si rivolge ad un professionista sanitario, in quanto sembra esservi la credenza che la loro condizione sia dovuta ad “una cattiva abitudine” e di conseguenza che non esistano percorsi di cura praticabili (Grant et al., 2012).

Una delle conseguenze di ciò è che dati a supporto dell'efficacia dei diversi trattamenti risultano basati su campioni di popolazioni cliniche non troppo ampi. In letteratura, tuttavia, emerge che alcuni trattamenti farmacologici (come gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina, gli antagonisti degli oppiacei, ed alcuni agenti glutamatergici) e psicoterapici mostrano risultati promettenti in termini di efficacia (Grant et al., 2012; Lochner et al., 2017; Jafferany e Patel, 2018). Tra questi ultimi, quelli maggiormente utilizzati sono *l'Habit Reversal Training* (HRT) e/o la terapia cognitivo-comportamentale integrata (Grant et al., 2012; Lochner et al., 2017; Jafferany e Patel, 2018; Bottesi et al., 2019). Di seguito vengono riportate brevemente le principali caratteristiche e le finalità di questi interventi con particolare attenzione al trattamento cognitivo comportamentale integrato della tricotillomania (Mansueto et al., 1999; Bottesi et al., 2019).

L'Habit Reversal Training (HRT), ossia “l'inversione dell'abitudine” è una terapia comportamentale finalizzata a ridurre i comportamenti disfunzionali favorendo nel paziente una maggiore consapevolezza della messa in atto delle condotte e una sostituzione di queste con comportamenti alternativi (Azrin e Nunn, 1973). Questo trattamento include principalmente:

- 1) training sulla consapevolezza, che comprende una serie di tecniche finalizzate a incrementare la consapevolezza del soggetto dei suoi comportamenti disfunzionali e degli stimoli trigger (es.: auto-monitoraggio, identificazione dei trigger per il comportamento);
- 2) procedure di controllo dello stimolo al fine di ridurre al minimo gli stimoli che inducono la messa in atto del comportamento (modifica delle situazioni esterne per evitare i fattori scatenanti e quindi ridurre la probabilità di iniziare la condotta);
- 3) training sulla risposta alternativa che comprende diverse tecniche finalizzate alla scelta di comportamenti diversi da attuare in sostituzione alla condotta disfunzionale ogni volta che il soggetto avverte la sensazione, “l’urgenza” di metterla in atto.

Il trattamento cognitivo-comportamentale integrato (Mansueto et al., 1999) si configura come un intervento strutturato ma flessibile e individualizzato in cui il terapeuta, sulla base di continue valutazioni sceglie le tecniche cognitive e comportamentali più adatte e il momento in cui adottarle, anche alla luce della probabile presenza di altri disturbi psicopatologici concomitanti. Le diverse tecniche e strategie devono essere selezionate alla luce dei meccanismi specifici individuati in fase di assessment grazie all’analisi funzionale delle condotte.

Per quanto riguarda l’assessment risulta di cruciale importanza ottenere informazioni quanto più precise possibili circa la frequenza e la durata degli episodi di strappo, la presenza di eventuali danni fisici, il vissuto emotivo e il grado di consapevolezza che precede, accompagna e segue la messa in atto della condotta, il livello di compromissione del funzionamento quotidiano del paziente, la possibile presenza di altre psicopatologie in comorbilità. Come riportato nel libro di Bottesi e colleghi (2019), a cui si rimanda per un riferimento teorico e pratico esaustivo per il trattamento della tricotillomania, accanto al colloquio clinico, nella fase di assessment si consiglia l’utilizzo dell’*Italian Hair Pulling Questionnaire (IHPQ)* (Cerea et al., 2014) o come questionario di autovalutazione o sotto forma di intervista strutturata. Nella fase di assessment si consiglia inoltre l’utilizzo delle tecniche di automonitoraggio (utilizzo di diari in cui riportare per ogni episodio di strappo, oltre che data e luogo, l’attività che si stava svolgendo, la sede degli strappi, il numero di peli/capelli strappati, la durata dell’episodio, la forza dell’impulso e il grado di consapevolezza, il livello di disagio etc.) che consentano al clinico da un lato di ottenere informazioni e definire lo stile abituale della condotta, dall’altro di accrescere la *compliance* con il paziente che diviene parte attiva nella “definizione” e conoscenza del problema (Bottesi et al., 2019). L’utilizzo dei diari di

automonitoraggio è consigliato per tutta la durata del trattamento in quanto consente di valutare *online* i miglioramenti del paziente rispetto alla messa in atto della condotta disfunzionale.

Il trattamento per la tricotillomania proposto da Mansueto e colleghi (1999) si avvale di diverse tecniche che perseguono diversi obiettivi. Al fine di incrementare la capacità del paziente di riconoscere gli antecedenti (*innescanti* e *discriminativi*) dei propri comportamenti si utilizzano l'automonitoraggio e la psicoeducazione. Quest'ultima risulta il punto di partenza del trattamento e riveste un'importanza cruciale, in quanto oltre a fornire informazioni circa il disturbo e i meccanismi che lo caratterizzano incrementa la motivazione del paziente al trattamento permettendogli di comprendere che la tricotillomania è una condizione riconosciuta e che il clinico che se ne occupa ha conoscenze e strategie adeguate per il trattamento. Ciò è in antitesi con la credenza disfunzionale tendenzialmente diffusa secondo cui la TTM non sia una condizione medica riconosciuta e che non vi siano strategie adeguate e ad hoc per aiutare il paziente, un corretto lavoro psicoeducativo permette quindi di spezzare uno dei circoli viziosi di mantenimento del disturbo: più il paziente si sente solo e impossibilitato dal ricevere un trattamento efficace e più l'isolamento e le emozioni negative che ne conseguono incrementano la messa in atto della condotta disfunzionale.

In seguito alla psicoeducazione, è necessario individuare e identificare le modalità coinvolte nel comportamento di strappo che, come riportato precedentemente, possono essere esterne (modalità ambientale) e interne (sensoriale, motoria, cognitiva, emozionale). Identificate le modalità di strappo più frequentemente messe in atto dal paziente e una volta messi in relazione gli antecedenti, con i comportamenti disfunzionali e le conseguenze, il clinico può selezionare le strategie più adeguate al paziente al fine di ridurre i comportamenti disfunzionali e sostituirli con modalità alternative funzionali, mediante l'adozione di: a) strategie ambientali, sensoriali e motorie; b) strategie cognitive; c) strategie emozionali (Bottesì et al., 2019).

Le strategie ambientali, sensoriali e motorie sono finalizzate a ridurre al minimo gli stimoli attivanti e massimizzare gli stimoli che fungono da fattori protettivi (controllo dello stimolo); inoltre, sono finalizzate a ridurre fino a eliminare i comportamenti disfunzionali sostituendoli con risposte alternative (apprendimento di risposte incompatibili con lo strappo). Gli esempi di controllo dello stimolo possono essere svariati, alcuni sono: in caso di antecedenti ambientali l'obiettivo è quello di modificare l'ambiente riducendo la reperibilità/disponibilità di oggetti che tipicamente fanno da trigger per quel paziente (pinzette, specchi etc.); in caso, invece, in cui ad esempio l'attivante è rappresentato dalle qualità sensoriali dei capelli (es. capelli bianchi) si può controllare lo stimolo tingendo i capelli bianchi e così via.

In caso di stimoli che fungono da fattori protettivi un esempio di controllo dello stesso finalizzato a massimizzarlo è il seguente: se durante lo svolgimento di alcune attività che tipicamente fanno da attivante alla messa in atto della condotta di strappo (es. studiare) la presenza di altre persone ne riduce l'occorrenza, allora si suggerisce al paziente di studiare in compagnia di altre persone, in biblioteche o aule studio e così via.

Indipendentemente dalle esemplificazioni, ciò che è necessario è comprendere la specificità del paziente e intervenire quindi sugli specifici antecedenti che caratterizzano la sua condotta e strutturare gli interventi coerentemente con le caratteristiche di questa. Analogamente, i comportamenti alternativi non compatibili con lo strappo, da agire quando si sente l'impulso di strappare, possono essere svariati (es. stringere i pugni; giocare con la plastilina; mettere le mani in tasca etc.) ma, è solo valutando le preferenze del paziente e l'effettiva efficacia delle diverse risposte (attraverso l'utilizzo di diari e tabelle) che è possibile decidere quelle più adatte allo specifico caso.

Il razionale alla base dell'utilizzo delle strategie appena elencate è che la condotta disfunzionale di strappo dev'essere concettualmente intesa, dal clinico e dal paziente, come una risposta comportamentale appresa associata a vari stimoli e, di conseguenza, da un lato cambiare il contesto può aiutare a ridurre la messa in atto e dall'altro è possibile "apprendere" una risposta alternativa meno dannosa per l'individuo che sostituisca quella disfunzionale di strappo (Botteses et al., 2019).

Nel trattamento proposto da Mansueto e colleghi (1999) le strategie cognitive sono finalizzate a modificare le credenze disfunzionali spesso alla base di antecedenti cognitivi ed emotivi della condotta, la tecnica di elezione è la ristrutturazione cognitiva. Attraverso questa il paziente può comprendere che il suo modo di pensare, le sue interpretazioni degli stimoli e degli eventi influiscono sulle emozioni che prova e, di conseguenza, sulle strategie di regolazione emozionale disfunzionale che agisce in risposta a tali emozioni (Mansueto et al., 1997; Botteses et al., 2019).

Infine, le strategie emozionali sono finalizzate a ridurre l'attivazione psicofisiologica che si accompagna a emozioni negative o spiacevoli che il paziente sperimenta. Ridurre l'attivazione psicofisiologica riduce la portata dell'emozione spiacevole riducendo, di conseguenza, l'urgenza percepita di agire la condotta di strappo e la probabilità che venga messo in atto. Le tecniche utilizzate a tal fine possono essere molteplici (tecniche di autoregolazione fisiologica come ad esempio il rilassamento muscolare progressivo; la respirazione lenta diaframmatica; lo yoga etc.) (Mansueto et al., 1997; Botteses et al., 2019).

Una volta ottenuta una riduzione significativa della frequenza del comportamento disfunzionale è necessario mantenere nel tempo i risultati raggiunti e avviarsi gradualmente alla conclusione della terapia, fornendo al paziente le informazioni utili e fondamentali circa il percorso fatto e che possano essere utili in momenti di stress futuro al fine di prevenire possibili ricadute. Anche in merito alla prevenzione delle ricadute è utile, per il clinico che si trova a lavorare con un paziente con tricotillomania, far riferimento al lavoro di Bottesi e colleghi (2019) in cui vi sono le diverse schede da poter utilizzare per e con il paziente durante l'intero percorso.

Entrambi i tipi di trattamento riportati sembrano portare a una riduzione significativa della sintomatologia sia nel disturbo di tricotillomania (es. Diefenbach et al., 2006; Teng et al., 2006; van Minnen et al., 2003; Toledo et al., 2015) che in quello da escoriazione (es. Teng et al., 2006; Schuck et al., 2011). Tuttavia, sebbene in letteratura i dati relativi ai due tipi di trattamento sono spesso non pienamente discriminativi rispetto all'efficacia dell'uno in confronto all'altro, il trattamento cognitivo-comportamentale integrato, che di fatto ingloba e condivide le tecniche dell'HRT, risulta essere tendenzialmente più indicato in quanto la sua realizzazione ha come condizione necessaria l'analisi funzionale delle condotte e l'utilizzo delle diverse strategie (anche cognitive) in base ai fattori discriminativi delle stesse risultando nel complesso un approccio più individualizzato e mirato al singolo e alle sue specifiche caratteristiche. Inoltre, è necessario sottolineare che diversi studi di *follow-up* riportano che nonostante vi sia una riduzione significativa della sintomatologia (con trattamento HRT e/o trattamento cognitivo-comportamentale integrato) vi sia la ricomparsa o l'incremento dei sintomi anche dopo alcuni mesi (es. Keuthen et al., 2001; Twohig e Woods, 2001).

Inoltre, la letteratura documenta la potenziale utilità dell'integrazione ai precedenti trattamenti di interventi cognitivo-comportamentali di terza generazione, come l'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Hayes et al., 1999) e la *Dialectical behavior therapy* (DBT) (Linehan, 1993) per il trattamento dei due disturbi (es. Roberts et al., 2013; Jafferany e Patel, 2018). L'integrazione di interventi di *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Hayes et al., 1999) risulta utile, in quanto il trattamento, oltre al riconoscimento delle emozioni o dei vissuti negativi spesso antecedenti del comportamento disfunzionale, favorirebbe l'accettazione degli stessi come parte dell'esperienza del soggetto e promuoverebbe la messa in atto di condotte più utili e orientate ai valori del soggetto. Nonostante i dati siano basati su piccoli campioni, a oggi risulta che l'ACT combinata con l'HRT o la terapia cognitivo-comportamentale favorisce un maggior mantenimento

nel tempo del miglioramento ottenuto (es. Twohig e Woods, 2004; Rehm et al., 2015; Himle et al., 2018; Flessner et al., 2008a; Twohig et al., 2006). La *Dialectical behavior therapy* (DBT) (Linehan, 1993), invece, è un approccio cognitivo comportamentale che promuove il raggiungimento di una sintesi e un equilibrio tra accettazione della sofferenza e del disagio emotivo e cambiamento dei comportamenti problematici, che causano e alimentano la sofferenza, al fine di permettere al soggetto di condurre una vita nella direzione dei propri bisogni, desideri e valori. Quest'approccio, originariamente sviluppato per il trattamento del disturbo borderline di personalità, risulta efficace in una varietà di condizioni caratterizzate da impulsività e problemi di regolazione emotiva. Considerando che anche la tricotillomania e il disturbo da escoriazione potrebbero essere considerati disturbi in cui vi è una compromissione delle capacità di regolazione emotiva l'utilizzo di questi interventi potrebbe risultare efficace anche nel loro trattamento (Roberts et al., 2013). In linea con ciò, uno studio ha ad esempio riportato che in un campione di 10 soggetti con TTM, il trattamento integrato tra componenti della DBT (ad esempio: protocolli mindfulness, tolleranza al distress) e componenti HRT, otto soggetti mostravano un incremento significativo delle capacità di regolazione emotiva e al contempo una riduzione significativa delle condotte disfunzionali di *hair-pulling* con un mantenimento del miglioramento ottenuto anche al *follow-up* a sei mesi (Keuthen e Rothbaum, 2010).

Conclusioni

Nel presente lavoro sono state riportate le caratteristiche principali della tricotillomania e del disturbo da escoriazione, i modelli psicologici di riferimento e gli interventi terapeutici che a oggi risultano più efficaci per la loro cura. È emerso che entrambi i disturbi, caratterizzati da condotte ripetitive orientate al corpo, risultano estremamente eterogenei da un punto di vista fenomenologico, sia per quanto riguarda ad esempio gli stili delle condotte, sia per quanto riguarda i trigger in grado di attivare o facilitare la messa in atto del comportamento, nonché in relazione ai vissuti emotivi che si accompagnano alle condotte. Altrettanto eterogenea risulta la varietà dei diversi disturbi psicopatologici molto spesso in comorbilità con entrambi. Inoltre, è utile sottolineare che sebbene questi disturbi sembrano caratterizzati da una sola e specifica condotta comportamentale ripetitiva e dall'incapacità di interromperne la messa in atto, le conseguenze fisiche e psicologiche possono compromettere in maniera significativa il funzionamento sociale, professionale e in generale la qualità di vita di questi pazienti. Purtroppo, persone con questi disturbi, a causa di vissuti di vergogna o imbarazzo o della scarsa consapevolezza del fatto che la

tricotillomania o il disturbo da escoriazione siano condizioni mediche riconosciute, tendenzialmente non richiedono un percorso di cura o hanno basse aspettative circa la conoscenza degli stessi da parte dei professionisti sanitari. Questo aspetto si traduce in un corpus di studi dove la valutazione dell'efficacia dei diversi interventi terapeutici risulta basata su campioni non molto ampi. Ciò nonostante, diversi interventi, come il trattamento cognitivo-comportamentale integrato o l'HRT, risultano utili ed efficaci per una riduzione significativa della sintomatologia. Sebbene in letteratura sia stata dimostrata l'efficacia dei suddetti interventi, data l'estrema eterogeneità clinica dei disturbi, è necessario che la scelta degli interventi terapeutici più adeguati per il singolo paziente con tricotillomania o disturbo da escoriazione deve essere guidata da un'accurata fase di assessment che consideri il paziente nella sua individualità e globalità, nonché i determinanti psicologici e motivazionali che innescano o mantengono i comportamenti disfunzionali.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association; (trad. it.: *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Anwar, S., & Jafferany, M. (2019). Trichotillomania: a psychopathological perspective and the psychiatric comorbidity of hair pulling. *Acta dermatovenerologica Alpina, Pannonica, et Adriatica*, 28(1), 33-36.
- Arnold, L.M., Auchenbach, M.B., & McElroy, S.L. (2001). Psychogenic excoriation: clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology, and approaches to treatment. *CNS Drug*, 15 351-359.
- Arnold, L.M., McElroy, S.L., Mutasim, D.F., Dwight, M.M., Lamerson, C.L., & Morris, E.M. (1998). Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *The Journal of clinical psychiatry*, 59(10), 509-514.
- Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11(4), 619-628.
- Begotka, A. M., Woods, D. W., & Wetterneck, C. T. (2004). The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(1), 17-24.
- Bohne A., Keuthen N., & Wilhelm S. (2005). Pathologic hairpulling, skin picking, and nail biting. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(4):227±32.
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Baer, L., & Jenike, M. A. (2002). Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behavior Modification*, 26(3), 320-339.
- Bordnick, P.S., Thyer, B.A., & Ritchie, B.W. (1994). Feather picking disorder and trichotillomania: an avian mode of human psychopathology. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 25(3),189-196.
- Bottesi, G., Cerea, S., & Ghisi, M. (2019). *Tricotillomania. Diagnosi, assessment e trattamento cognitivo-comportamentale integrato*. Trento, Ed. Erickson.

- Bottesi, G., Cerea, S., Razzetti, E., Sica, C., Frost, R. O., & Ghisi, M. (2016). Investigation of the phenomenological and psychopathological features of Trichotillomania in an Italian Sample. *Frontiers in psychology*, 7, 256.
- Boughn, S., & Holdom, J.J. (2003). The relationship of violence and trichotillomania. *Journal of nursing scholarship*, 35(2), 165–170.
- Calikuşu, C., Yücel, B., Polat, A., & Baykal, C. (2003). The relation of psychogenic excoriation with psychiatric disorders: A comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3), 256–261.
- Casati, J., Toner, B. B., & Yu, B. (2000). Psychosocial issues for women with trichotillomania. *Comprehensive Psychiatry*, 41(5), 344–351.
- Cerea, S., Bottesi, G., Sica, C., & Ghisi, M. (2014). Indagine preliminare inerente le caratteristiche fenomenologiche della tricotillomania in un gruppo clinico. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 20(3).
- Christenson, G. A., Chernoff-Clementz, E., & Clementz, B. A. (1992). Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. *The Journal of clinical psychiatry*, 53(11):407-13.
- Christenson, G. A., Mackenzie, T. B., & Mitchell, J. E. (1991a). Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 365–370.
- Christenson, G. A., Mackenzie, T. B., & Mitchell, J. E. (1994). Adult Men and Women With Trichotillomania: A Comparison of Male and Female Characteristics. *Psychosomatics*, 35(2), 142–149.
- Christenson, G. A., & Mansueto, C. S. (1999). Trichotillomania: Descriptive characteristics and phenomenology. In Stein, D. J., Christenson, G. A., & Hollander, E. (Eds.). (1999). *Trichotillomania* (pp. 1–42). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Christenson, G. A., Pyle, R. L., & Mitchell, J. E. (1991b). Estimated lifetime prevalence of trichotillomania in college students. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 415–417.
- Christenson, G. A., Ristvedt, S. L., & MacKenzie, T. B. (1993). Identification of trichotillomania cue profiles. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 315–320.
- Cohen, L. J., Stein, D. J., Simeon, D., Spadaccini, E., Rosen, J., Aronowitz, B., & Hollander, E. (1995). Clinical profile, comorbidity, the treatment history in 123 hair pullers: A survey study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56(7), 319–326.
- Coles, M.E., Heimberg, R.G., Frost, R.O., & Steketee, G. (2005). “Not just right experiences and obsessive-compulsive features: Experimental and self-monitring perspectives”. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 153-167.
- Diefenbach, G. J., Mouton-Odum, S., & Stanley, M. A. (2002). Affective correlates of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 40(11), 1305–1315.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Hannan, S., Crocetto, J., & Worhunsky, P. (2005). Trichotillomania: Impact on psychosocial functioning and quality of life. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 869–884.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Hannan, S., Maltby, N., & Crocetto, J. (2006). Group treatment for trichotillomania: behavior therapy versus supportive therapy. *Behavior Therapy*, 37(4), 353–363.
- Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Meunier, S., & Worhunsky, P. (2008). Emotion regulation and trichotillomania: A comparison of clinical and nonclinical hair pulling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(1), 32–41.
- du Toit, P.L., van Kradenburg, J., Niehaus, D.J.H., & Stein, D.J. (2001). Characteristics and phenomenology of hair-pulling: an exploration of subtypes. *Comprehensive psychiatry*, 42(3), 247–256.
- Duke, D. C., Bodzin, D. K., Tavares, P., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). The phenomenology of hair-pulling in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1118–1125.

- Duke, D. C., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: A current review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 181–193.
- Ferrão, A.Y., Almeida, V.P., Bedin, N.R., Rosa, R., & Busnello, E. D. A. (2006). Impulsivity and compulsivity in patients with trichotillomania or skin picking compared with patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry, 47*(4), 82–288.
- Ferrão, Y. A., Miguel, E., & Stein, D. J. (2009). Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: How closely are they related?. *Psychiatry research, 170*(1), 32-42.
- Flessner, C. A. (2012). Diagnosis and comorbidity. In J Grant, J. E., Stein, D. J., Woods, D. W., & Keuthen, N. J. (2012). *Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors*. American Psychiatric Pub.
- Flessner, C. A., Busch, A. M., Heideman, P. W., & Woods, D. W. (2008a). Acceptance-enhanced behavior therapy (AEBT) for trichotillomania and chronic skin picking: exploring the effects of component sequencing. *Behavior Modification, 32*(5), 579-594.
- Flessner, C. A., Conelea, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., & Cashin, S. E. (2008b). Styles of pulling in trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. *Behaviour Research and Therapy, 46*(3), 345-357.
- Flessner, C. A., & Woods, D. W. (2006). Phenomenological characteristics, social problems, and the economic impact associated with chronic skin picking. *Behavior modification, 30*(6), 944-963.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Radomsky, A. S., Wilson, K. A., & Jenike, M. A. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. *Behaviour Research and Therapy, 41*(9), 1029-1041.
- Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Trichotillomania. *American Journal of Psychiatry, 173*(9), 868-874.
- Grant, J. E., Menard, W., & Phillips, K. A. (2006). Pathological skin picking in individuals with body dysmorphic disorder. *General Hospital Psychiatry, 28*(6), 487-493.
- Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2008). Clinical characteristics of trichotillomania with trichophagia. *Comprehensive psychiatry, 49*(6), 579-584.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., Chamberlain, S. R., Keuthen, N. J., Lochner, C., & Stein, D. J. (2012). Skin picking disorder. *American Journal of Psychiatry, 169*(11), 1143-1149.
- Grant, J. E., Odlaug, B. L., & Kim, S. W. (2007). Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: an open-label study. *The Journal of clinical psychiatry, 68*(9), 1384-1391.
- Grant, J. E., Redden, S. A., Leppink, E. W., Odlaug, B. L., & Chamberlain, S. R. (2016). Psychosocial dysfunction associated with skin picking disorder and trichotillomania. *Psychiatry Research, 239*, 68-71.
- Hansen, D. J., Tishelman, A. C., Hawkins, R. P., & Doepke, K. J. (1990). Habits with potential as disorders: Prevalence, severity, and other characteristics among college students. *Behavior Modification, 14*(1), 66-80.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Himle, J. A., Bybee, D., O'Donnell, L. A., Weaver, A., Vlnka, S., DeSena, D. T., & Rimer, J. M. (2018). Awareness enhancing and monitoring device plus habit reversal in the treatment of trichotillomania: An open feasibility trial. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders, 16*, 14-20.
- Houghton, D. C., Maas, J., Twohig, M. P., Saunders, S. M., Compton, S. N., Neal-Barnett, A. M., Franklin, M.E., & Woods, D. W. (2016). Comorbidity and quality of life in adults with hair pulling disorder. *Psychiatry Research, 239*, 12-19.

- Jafferany, M., & Patel, A. (2018). Therapeutic Aspects of Trichotillomania: A Review of Current Treatment Options. *The primary care companion for CNS disorders*, 20(6).
- Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Hale, E., Fraim, C., Baer, L., ... & Jenike, M. A. (2000). Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. *Psychosomatics*, 41(3), 210-215.
- Keuthen, N. J., Dougherty, D. D., Franklin, M. E., Bohne, A., Loh, R., Levy, J., ... & Deckersbach, T. (2004). Quality of life and functional impairment in individuals with trichotillomania. *J Appl Res*, 4, 186-197.
- Keuthen, N. J., Fraim, C., Deckersbach, T., Dougherty, D. D., Baer, L., & Jenike, M. A. (2001). Longitudinal follow-up of naturalistic treatment outcome in patients with trichotillomania. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(2), 101-107.
- Keuthen, N. J., Jameson, M., Loh, R., Deckersbach, T., Wilhelm, S., & Dougherty, D. D. (2007). Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking. *International Clinical Psychopharmacology*, 22(5), 268-274.
- Keuthen, N. J., Koran, L. M., Aboujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2010). The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Comprehensive psychiatry*, 51(2), 183-186.
- Keuthen, N. J., O'Sullivan, R. L., & Sprich-Buckminster, S. (1998). Trichotillomania: current issues in conceptualization and treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67(4-5), 202-213.
- Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Welch, S. S., Taylor, C., Falkenstein, M., Heekin, M., ... & Jenike, M. A. (2010). Pilot trial of dialectical behavior therapy-enhanced habit reversal for trichotillomania. *Depression and anxiety*, 27(10), 953-959.
- Lewin, A. B., Piacentini, J., Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., ... & Stein, D. J. (2009). Depression, anxiety, and functional impairment in children with trichotillomania. *Depression and Anxiety*, 26(6), 521-527.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lochner, C., du Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., van Kradenburg, J., Seedat, S., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2002a). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and anxiety*, 15(2), 66-68.
- Lochner, C., Grant, J.E., Odlaug, B.L., & Stein, D.J. (2012). DSM-5 field survey: skin picking disorder. *Ann Clin Psychiatry*, 24(4):300-304.
- Lochner, C., Roos, A., & Stein, D. J. (2017). Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 1867-1872.
- Lochner, C., Simeon, D., Niehaus, D.J., & Stein, D.J. (2002b). Trichotillomania and skin-picking: a phenomenological comparison. *Depress Anxiety*, 15:83-86.
- Mansueto, C. S., Golomb, R. G., Thomas, A. M., & Townsley-Stemberg, R. M. (1999). A comprehensive model for behavioral treatment of trichotillomania. *Clinical Psychology Review*, 17, 567-577.
- Mansueto, C. S., Stemberger, R.M., Thomas, A.M., & Golomb, R. G. (1997). Trichotillomania: A comprehensive behavioral model. *Clinical Psychology Review*, 17(5), 567-577.
- Mansueto, C. S., Thomas, A. M., & Brice, A. L. (2007). Hair pulling and its affective correlates in an African-American university sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 590-599.
- Maraz, A., Hende, B., Urbań, R., & Demetrovics, Z. (2017). Pathological grooming: Evidence for a single factor behind trichotillomania, skin picking and nail biting. *PLoS ONE* 12(9).
- Neal-Barnett, A., & Stadulis, R. (2006). Affective states and racial identity among African-American women with trichotillomania. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 753-757.

- Neziroglu, F., Rabinowitz, D., Breytman, A., & Jacofsky, M. (2008). Skin picking phenomenology and severity comparison. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 10(4), 306–312.
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The emotion reactivity scale: Development, evaluation, and relation to self-injurious thought and behaviors. *Behavior Therapy*, 39, 107–116.
- O'Connor, K. P., Lavoie, M. E., Robert, M., Stip, E., & Borgeat, F. (2005). Brain-behavior relations during motor processing in chronic tic and habit disorder. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 18(2), 79–88.
- Odlaug, B.L., & Grant, J.E. (2008). Clinical characteristics and medical complications of pathologic skin picking. *Gen Hosp Psychiatry*, 30(1):61–66.
- Odlaug BL, & Grant JE. (2011). Phenomenology and epidemiology of pathological skin picking. In Grant, J. E., & Potenza, M. N. (Eds.). (2011). *The Oxford handbook of impulse control disorders*. Oxford University Press.
- Odlaug, B.L., Grant, J.E., Stein, D.J., Woods, D.W., & Keuthen, N.J. (2012). Pathologic skin picking. In Grant, J. E., Stein, D. J., Woods, D. W., & Keuthen, N. J. (2012). *Trichotillomania, skin picking, and other body-focused repetitive behaviors*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing,
- Odlaug, B. L., Kim, S. W., & Grant, J. E. (2010). Quality of life and clinical severity in pathological skin picking and trichotillomania. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 823-829.
- Özten, E., Sayar, G. H., Gül Eryılmaz, G. K., Işık, S., & Karamustafaloğlu, O. (2015). The relationship of psychological trauma with trichotillomania and skin picking. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 1203.
- Penzel, F. (2003). *The hair-pulling problem: A complete guide to trichotillomania*. New York. Oxford University Press.
- Perdighe, C., & Mancini F. (2016). Lo spettro ossessivo: disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati in Mancini F., *La mente ossessiva* (pp. 131- 146). Raffaello Cortina Ed.
- Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford University Press, USA.
- Phillips, K. A., Stein, D. J., Rauch, S. L., Hollander, E., Fallon, B. A., Barksy, A., ... & Wilhelm, S. (2010). Should an obsessive–compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V?. *Depression and anxiety*, 27(6), 528-555.
- Rehm, I., Moulding, R., & Nedeljkovic, M. (2015). Psychological treatments for trichotillomania: update and future directions. *Australas Psychiatry*, 23(4):365–368.
- Roberts, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (2013). Emotion regulation and other psychological models for body-focused repetitive behaviors. *Clin Psychol Rev.*, 33(6):745–762.
- Schlosser, S., Black, D.W., Blum, N., & Goldstein, R.B. (1994). The demography, phenomenology, and family history of 22 persons with compulsive hair pulling. *Ann Clin Psychiatry*, 6(3):147–52.
- Schuck, K., Keijsers, G. P. J., & Rinck, M. (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: A randomized comparison to wait-list control. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 11–17.
- Shusterman, A., Feld, L., Baer, L., & Keuthen, N. (2009) Affective regulation in trichotillomania: Evidence from a large-scale internet survey. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8):637–644.
- Snorrason, I., Belleau, E. L., & Woods, D.W. (2012). How related are hair pulling disorder (trichotillomania) and skin picking disorder? A review of evidence for comorbidity, similarities and shared etiology. *Clinical Psychology Review*, 32, 618–629.

- Snorrason, I., Smári, J., & Ólafsson, R. P. (2010). Emotion regulation in pathological skin picking: Findings from a non-treatment seeking sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 238–245.
- Stein, D. J., Grant, J. E., Franklin, M. E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H. S., & Woods, D. W. (2010). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(6), 611–626.
- Stemberger, R. M., Thomas, A. M., Mansueto, C. S., & Carter, J. G. (2000). Personal tool of trichotillomania: behavioral and interpersonal sequelae. *The Journal of Anxiety disorders*, 14, 97–104.
- Swedo, S. E., & Leonard, H. L. (1992). Trichotillomania: an obsessive compulsive spectrum disorder?. *Psychiatric Clinics*, 15(4), 777–790.
- Swedo, S. E., & Rappoport, J. L. (1991). Annotation: Trichotillomania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 401–409.
- Teng, E. J., Woods, D. W., & Twohig, M. P. (2006). Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: A pilot investigation. *Behavior Modification*, 30(4), 411–422.
- Teng, E. J., Woods, D. W., Twohig, M. P., & Marcks, B. A. (2002). Body-focused repetitive behavior problems. *Behavior Modification*, 26(3), 340–360.
- Toledo, E. L., Muniz, E. D. T., Brito, A. M. C., de Abreu, C. N., & Tavares, H. (2015). Group treatment for trichotillomania: cognitive-behavioral therapy versus supportive therapy. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(4), 447–455.
- Tung, E. S., Flessner, C. A., Grant, J. E., & Keuthen, N. J. (2015). Predictors of life disability in trichotillomania. *Comprehensive psychiatry*, 56, 239–244.
- Tung, E.S., Tung, M.G., Altenburger, E.M., Pauls, D.L., & Keuthen, N.J. (2015). The relationship between hair pulling style and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry*, 26(3):193–198.
- Tucker, B. T. P., Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, S. A., & Franklin, M. E. (2011). The skin picking impact project: Phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 88–95.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for chronic skin picking. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1513–1522.
- Twohig, M. P., & Woods, D. W. (2001). Habit reversal as a treatment for chronic skin picking in typically developing adultmale siblings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 34, 217–220.
- 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, 803–820.
- van Minnen, A., Hoogduin, K. A. L., Keijsers, G. P. J., Hellenbrand, I., & Hendriks, G. (2003). Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine. *Archives of General Psychiatry*, 60, 517–522.
- VanScoy, H. (2001). Compulsive Hair Pulling: Understanding and Treating Trichotillomania.
- Walther, M. R., Flessner, C. A., Conelea, C. A., & Woods, D. W. (2009). The Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking (MIDAS): Initial development and psychometric properties. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 127–135.
- Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E., Baer, L., O’Sullivan, R. L., & Jenike, M. A. (1999). Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry* 60:454–459.
- Wilhelm, F., & Margraf, J. (1993). Nail-biting: Description, etiological models, and treatment. *Verhaltenstherapie*, 3(3), 176–196.

- Williams, T. I., Rose, R., & Chisholm, S. (2006). What is the function of nail biting: An analog assessment study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 989–995.
- Woods, D. W. (2002). Introduction to the special issue on repetitive behavior problems. *Behavior Modification*, 26(3), 315–319.
- Woods, D. W., Flessner, C.A., Franklin, M. E., Keuthen, N.J., Goodwin, R. D., Stein, D. J., & Walther, M. R. (2006a). Trichotillomania learning center-scientific advisory board. The Trichotillomania impact project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. *J.Clin. Psychiatry* 67, 1877–1888.
- Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, M. E., Wetterneck, C. T., Walther, M. R., & Anderson, E. R. (2006b). Understanding and treating trichotillomania: what we know and what we don't. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 487–502.
- Woods, D. W., Friman, P. C., & Teng, E. (2001). Physical and social functioning in persons with repetitive behavior disorders. In Woods D. W., & Miltenberger R. G. (Eds.), *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders: Behavioral approaches to analysis and treatment* (pp. 33–52). Norwell, MA: Kluwer Academic Publishers.
- Woods, D. W., & Miltenberger, R. G. (2001). Introduction to tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders: Behavioral approaches to analysis and treatment In Woods D. W., & Miltenberger R. G. (Eds.), *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behavior disorders: Behavioral approaches to analysis and treatment* (pp. 33–52). Norwell, MA: Kluwer Academic Publishers.

Valeria Mignogna, Psicologa, Campobasso
Specializzata in psicoterapia cognitiva SPC Roma, training
Perdighe e Procacci
e-mail: vale.mignogna@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'ACT applicata nella terapia di coppia

Susanna Simeoni
SPC Roma

Riassunto

Questo lavoro vuole evidenziare il grande contributo apportato dall' Acceptance and Commitment Therapy (ACT) nel raggiungimento del benessere nei pazienti in vari ambiti di intervento. In particolare, ci focalizzeremo sull'efficacia di tale approccio nel modulare le difficoltà che si presentano nella coppia. Spesso tendiamo a focalizzarci sui difetti dell'altro e ad allontanarci dalla relazione invece di investire per ottenere un cambiamento. L'obiettivo dell'ACT è proprio quello di iniziare da noi stessi, nel rivedere i nostri comportamenti e il nostro modo di comunicare il disagio esperito, al fine di promuovere anche nell'altro una riflessione e una messa in discussione degli schemi finora risultati disfunzionali.

Parole chiave: ACT, coppia, amore, valori, defusione, accettazione, mindfulness

ACT applied in couples therapy

Summary

This paper aims to highlight the great contribution made by Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in achieving well-being in patients in various areas of intervention. In particular, we will focus on the effectiveness of this approach in modulating the difficulties that arise in couples. We often tend to focus on each other's faults and move away from the relationship instead of investing in change. The aim of ACT is to start from ourselves, reviewing our behaviour and our way of communicating the discomfort experienced, in order to promote reflection and questioning of the patterns that have been dysfunctional up to now.

Key words: ACT, couples, love, values, defusion, acceptance, mindfulness

Relational Frame Theory

La Relational Frame Theory (RFT) vanta numerosi studi empirici e teorici nella letteratura psicologica dell'ultimo decennio, ma la teoria resta ancora poco conosciuta o non condivisa dalla maggior parte degli psicologi cognitivi e comportamentali (Blackledge, 2003).

I principi della Relational Frame Theory assumono oggi notevole importanza in quanto costituiscono il background teorico dell' *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Hayes,

Susanna Simeoni, L'ACT applicata nella terapia di coppia, *N.*
26, 2020, pp. 75-97

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

Strosahl e Wilson, 1999). Blackledge, in un suo studio del 2003, ha tentato di semplificare i principi della Relational Frame Theory in modo da rendere più evidenti i contributi di questa teoria alla psicopatologia. A questo scopo Blackledge parte dall'analisi di un modello ampiamente conosciuto: il fear network di Lang (1985) che presenta alcune analogie con la RFT.

Secondo Lang, tutta la conoscenza è rappresentata da unità concettuali che racchiudono informazioni sugli oggetti, sulle relazioni e sugli eventi. Queste unità di informazione, sono definite "proposizioni".

Queste reti di stimoli sono immagazzinate come schemi nella memoria a lungo termine e vengono attivate quando ci si imbatte in uno degli stimoli. Le proposizioni-stimolo forniscono l'input iniziale, che saranno poi eventualmente alterate dalle proposizioni-significato della rete. Le proposizioni-risposta sono il risultato quasi inevitabile dell'elaborazione cognitiva.

Queste reti e i loro componenti, possono essere apprese o per esperienza diretta, o per conoscenza e istruzione o per modellamento. Il modello di Lang include componenti che riguardano pensieri, emozioni, sensazioni fisiologiche e comportamenti manifesti. Allo stesso modo la Relational Frame Theory incorpora tutte queste classi di stimoli.

Uno dei principi base della Relational Frame Theory è quello della *risposta relazionale*, che si riferisce al processo di discriminazione delle relazioni tra stimoli che consente di raccogliere più informazioni su tutti gli stimoli dell'insieme, rispetto alla discriminazione del singolo stimolo della rete. Ad esempio, essere in grado di discriminare un'area boschiva e poter discriminare un serpente, non mi dice nulla sulla relazione tra i serpenti e le aree boschive. Questo determina anche comportamenti più complessi (ad es. porto un kit di pronto soccorso con me quando vado nei boschi, perché potrei essere morso da un serpente). Tuttavia questo processo può sfuggire al controllo e portare a problemi psicologici come, ad esempio, le fobie.

Effettuare delle risposte relazionali tra stimoli comporta la *trasformazione delle funzioni* di ogni stimolo coinvolto: quando due stimoli sono correlati, alcune delle funzioni di un singolo stimolo cambiano in base agli altri stimoli ad esso collegati. Se, per esempio, veniamo a conoscenza del fatto che nel bosco in cui giocavamo da piccoli, ci sono dei serpenti pericolosi, la relazione gerarchica appena stabilita tra bosco e serpenti, si traduce in una trasformazione delle funzioni dell'area boscosa. Dove prima, i boschi erano "belli" e "divertenti", ora sono "pericolosi".

La Relational Frame Theory alla base dell' Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

L'ACT (che dovrebbe essere pronunciata come un'unica parola "act", e non come la sigla A-C-T), è un approccio rivoluzionario nato negli Stati Uniti grazie allo psicologo Steven Hayes e sviluppato, ulteriormente, da un certo numero di suoi colleghi, tra cui Kirk Strosahl e Kelly Wilson (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999). Si basa sul modello della Relational Frame Theory: il linguaggio è fondato sull'abilità appresa di mettere in relazione gli eventi in modo arbitrario. L'origine della sofferenza psicologica risiede quindi nella normale funzione di alcuni processi del linguaggio umano, quando applicati alla risoluzione di esperienze private/interne (es. pensieri, emozioni, ricordi, sensazioni corporee, ecc.), invece che alla risoluzione di eventi/situazioni del mondo esterno.

Secondo l'Acceptance and Commitment Therapy i processi mentali portano l'individuo a dare significato e sperimentare il pensiero in modo letterale. Per questo motivo, se ho un pensiero di inadeguatezza allora "Io sono inadeguato".

Il modello della psicopatologia derivante dalla RFT è un modello di inflessibilità psicologica e di "blocco/incastro" e l'eccesso di tale processo porta a quello che in ACT viene chiamato il sé concettualizzato, una maschera scomoda che indossiamo. Le elaborate reti relazionali raramente vanno via, vengono semplicemente elaborate un'altra volta. Di conseguenza è molto difficile rallentare e soffermarsi sul linguaggio e sulla cognizione una volta che questi sono ben consolidati. Le funzioni di uno stimolo derivano dunque da frame relazionali che possono dominare anche sulla regolazione comportamentale degli esseri umani; è come se ci fondessimo con i nostri stessi pensieri, mettendo da parte il contatto con l'esperienza del qui-ed-ora ma lasciandoci dominare da regole verbali e valutazioni (Hayes, 1999) e ciò viene chiamato *Fusione Cognitiva*: la persona paurosa si costruirà un ambiente di vita che fa paura, agirà come se la paura fosse stata realmente provata e non "cognitivamente costruita".

Poiché il comportamento regolato dalle reti relazionali è notoriamente insensibile a interventi diretti o di messa in discussione (Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb e Korn, 1986), le formulazioni verbali di un terapeuta possono risultare inefficaci e possono continuare a creare sofferenza (non a caso questo è il punto cruciale che porta a superare la CBT classica e a passare agli interventi della terza onda, di cui l'ACT fa parte).

Gli obiettivi clinici generali dell' ACT sono quelli di interrompere il totale "aggrapparsi" ai propri pensieri e di costruire un contesto alternativo in cui è più probabile che il comportamento si allinei ai propri valori. L'ACT intende promuovere due capacità psicologiche:

1. Imparare a notare i propri pensieri, immagini o ricordi, riconoscendoli per ciò che sono, ovvero “prodotti della mente” e non realtà assolute;

2. Guardare la propria esperienza da una posizione privilegiata, dall’alto, decentrata, promuovendo la consapevolezza della propria esperienza mentale.

Osservando i propri pensieri, immagini o ricordi è possibile scegliere di “fondersi” con essi (se ciò è utile e funzionale) oppure di “abbassare il volume” di tali prodotti della nostra mente, facendosene quindi influenzare meno.

Per raggiungere tali obiettivi, l’ ACT prende in considerazione i seguenti concetti:

- La sofferenza psicologica è normale, è importante ed accompagna ogni persona. Ne consegue che la felicità può essere vista nell’accezione di vivere una vita ricca, piena e significativa.
- Non è possibile sbarazzarsi volontariamente della propria sofferenza psicologica, anche se si possono prendere provvedimenti per evitare d’incrementarla artificialmente.
- I processi psicologici normali sono connotati dalla realtà del dolore e della sofferenza, che si configura pertanto come stato dell’essere. Combattere contro pensieri ed emozioni negative significa ingaggiarsi in una battaglia persa in partenza.
- Non bisogna identificarsi con la propria sofferenza. La vita comprende anche il dolore e non c’è modo di evitarlo, ma possiamo imparare ad affrontarlo molto meglio, a fargli spazio, a ridurre i suoi effetti e a crearci una vita che valga ugualmente la pena di essere vissuta.
- Si può vivere un’esistenza basata su propri valori (i desideri più profondi del proprio cuore rispetto a chi si vuole essere e che cosa si vuole incarnare e rappresentare nella vita). Spesso i pazienti poiché incastrati nelle maglie della psicopatologia li perdono di vista, senza saper più riconoscere cosa sia davvero significativo per la propria vita e senza riuscire più a scegliere e ad agire come ritengono sia meglio per sé stessi.

L’accettazione, come viene intesa in questo contesto, non è un atteggiamento auto-distruttivo, né un tollerare il proprio dolore, o il sopportarlo, ma è un vitale e consapevole contatto con la propria esperienza.

L’Acceptance and Commitment Therapy si basa quindi su tre punti fondamentali:

1) *Mindfulness*: è un modo di osservare la propria esperienza che impara a guardare al proprio dolore, piuttosto che vedere il mondo attraverso di esso.

2) *Accettazione*: si basa sulla nozione che, spesso, tentando di sbarazzarsi del proprio dolore si arriva solamente ad amplificarlo, intrappolandosi ancora di più in esso e trasformando l’esperienza in qualcosa di traumatico. Accettare non significa essere rassegnati, passivi né tollerare o

sopportare, bensì abbandonare tutti i tentativi di soluzione inutile e accogliere ciò che la vita comporta se riconosciamo che stiamo andando nella direzione di ciò che vogliamo dalla nostra esistenza.

3) *Impegno e vita basata sui valori*: quando si è coinvolti nella lotta contro i problemi psicologici spesso si mette la vita in attesa, credendo che il proprio dolore debba diminuire, prima di iniziare nuovamente a vivere. L'ACT invita a uscire dalla propria mente ed entrare nella propria vita intraprendendo azioni impegnate in direzione di quelli che sono i propri valori.

Second Steven C. Hayes (2019) contrassegnare una letteratura in rapida espansione con ampie conclusioni è rischioso, poiché qualsiasi affermazione specifica può avere una o due eccezioni. Tuttavia, ritiene che una lettura corretta di questi studi supporti le seguenti conclusioni: 1. i risultati ottenuti con l'ACT sono altrettanto affidabili, o in alcuni casi migliori, rispetto agli approcci alternativi evidence-based progettati per trattare aree specifiche di salute mentale e comportamentale (ansia, depressione, uso di sostanze, dolore cronico e così via). 2. l'ACT funziona ampiamente modificando i processi di flessibilità psicologica da cui ne conseguono esiti positivi a lungo termine, indipendentemente dal fatto che il dominio affrontato sia in aree tradizionali di psicopatologia, aspetti comportamentali della salute fisica (dieta, esercizio fisico, gestione delle malattie), aree sociali come la riduzione del pregiudizio e il suo impatto, o risultati positivi in sport, affari, leadership, relazioni e aree simili. L'ACT e i processi di flessibilità psicologica sono ora noti per essere rilevanti all'interno di una gamma molto più ampia del funzionamento umano rispetto alla riduzione dei soli problemi di salute mentale (S.C. Hayes, 2019).

Infine, l'ACT può essere applicata con successo in una grande varietà di setting (ambulatoriale, terapia individuale, gruppi, peer support), attraverso numerosi strumenti (ad es. online, libri, app, in presenza), e può essere destinata a vari professionisti (ad es. infermieri, terapisti occupazionali, fisioterapisti, psicologi, psichiatri) con modalità di intervento differenti (ad es. preventivo, acuto, post-terapia). Esistono solidi programmi di ricerca ACT in ogni area del mondo e la relazione tra i processi di flessibilità psicologica e gli esiti di benessere è simile tra culture, etnie, lingue e background religioso (S.C. Hayes, 2019).

Linee guida: imparare a superare frustrazioni e risentimenti per ricostruire una relazione consapevole (Russ Harris, 2018)

Innamorarsi è facile e chiunque può farlo, ma restare innamorati, questa è la vera sfida, una sfida che è tanto più grande a causa di tutte le sciocchezze sull'amore con le quali ci hanno riempito la testa nel corso degli anni.

I quattro grandi *Miti* sull'amore:

- 1) Il partner perfetto;
- 2) Tu mi completi;
- 3) L'amore dovrebbe essere facile;
- 4) L'amore è eterno.

Quello che possiamo fare è creare la migliore relazione possibile che vuol dire una relazione in cui si può agire con amore, apprezzare quello che il partner ha da offrire, imparare ad accettare le differenze e gestire le proprie emozioni in modo più efficace.

Ci sono cinque processi fondamentali che inevitabilmente faranno drenare tutta l'intimità e la vitalità fuori dalla relazione, che possono essere ricordati attraverso l'acronimo DRAIN:

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| D – Disconnection | (Disconnessione) |
| R – Reactivity | (Reattività) |
| A – Avoidance | (Evitamento) |
| I – Inside your mind | (Dentro la tua mente) |
| N – Neglecting your values | (Trascuratezza dei tuoi valori) |

La parola *connessione* deriva dal termine latino “cum” che significa “insieme” e “nectere” che significa “unire, congiungere”. Quando si è connessi con qualcuno, si è psicologicamente presenti e si presta attenzione verso l'altro con un atteggiamento di apertura, di curiosità, comunemente conosciuto come “*mindfulness*” (consapevolezza) e di ricettività.

Quando siamo nella morsa della reattività, invece, agiamo impulsivamente, senza consapevolezza e automaticamente, trascinati dalle nostre emozioni e credenze.

L'*evitamento esperienziale* racchiude tutti quei comportamenti messi in atto per cercare di evitare o di sbarazzarsi delle emozioni spiacevoli. Le strategie principali sono:

- Riempire il nostro corpo, attraverso il cibo, l'alcol, le droghe, che nel lungo termine tendono a devastare la nostra salute e il nostro benessere.
- Distrarci, con tutto e di più, senza intraprendere azioni efficaci per migliorare la qualità della nostra vita.

- Ritirarci in una “zona confortevole” scappando dall'affrontare le questioni difficili nella relazione; dovrebbe essere chiamata “*zona stagnante*” perché più ci si vive, più ci si sente bloccati, appesantiti, sconfitti dalla via.

Quando si è dentro la propria mente, si è contemporaneamente disconnessi e reattivi. Non si può realmente connettersi con il partner perché si è troppo intrappolati nei propri stessi pensieri, non si riesce a rispondergli efficacemente e flessibilmente perché si sta funzionando con il pilota automatico, reagendo impulsivamente a qualunque storia la propria mente racconti.

I valori sono i desideri più profondi riguardo quello che si vuole fare e il tipo di persona che si vuole essere; per esempio, essere un partner amorevole, gentile, generoso, che si prende cura, compassionevole.

- Esistono fondamentalmente quattro approcci a qualsiasi relazione problematica:
- Opzione 1. Andarsene.
- Opzione 2. Rimanere e cambiare quello che può essere cambiato.
- Opzione 3. Rimanere ed accettare quello che non può essere cambiato.
- Opzione 4. Rimanere, arrendersi e fare cose che peggiorano la situazione.

È importante riconoscere che quando si è davanti al dilemma “restare o andarsene” non c'è modo di non scegliere. Dato che queste sono le uniche opzioni, la domanda è: Quanto ci tieni?

Approfondendo gli aspetti relazionali, è importante andare ad analizzare questi quattro processi:

- L – Letting go. (Mollare la presa)
- O – Opening up (Aprirsi)
- V – Valuing (Dare valore)
- E – Engaging (Impegnarsi attivamente)

Mollare la presa è la via d'uscita da “*dentro alla tua mente*”, uno degli elementi che drenano le relazioni. Mollare significa allentare la presa sulle storie che la mente ci racconta, ovvero quei pensieri caratterizzati da opinioni, giudizi, credenze, ipotesi, atteggiamenti, fantasie, idee, concetti e interpretazioni.

Aprirsi è l'esatto opposto dell'*evitamento*. Quando ci si apre e si fa spazio ai propri sentimenti spiacevoli si può notare che hanno un impatto e un'influenza molto minore. Più si riesce ad aprirsi a queste emozioni, più si saprà fare lo stesso anche con i sentimenti del proprio partner.

Nell'ACT il termine “*dare valore*” significa “intraprendere delle azioni guidate dai propri valori”. L'azione consapevole guidata dai valori è un mondo a parte rispetto alla reattività

inconsapevole. Verranno approfonditi tre valori fondamentali, che giocano un ruolo di primo piano nelle relazioni sane: il prendersi cura, il contribuire e il connettersi.

Impegnarsi attivamente significa essere psicologicamente presenti e focalizzarsi sul proprio partner con interesse genuino e apertura.

LOVE non è solo un acronimo ma è un modo utile per pensare all'“amore” stesso.

Compassione

La parola compassione deriva da due antichi termini latini: “cum”, che significa “insieme” e “pati” che significa “sopportare o soffrire”. Perciò compassione significa letteralmente “soffrire insieme”. La compassione comporta il notare e il prestare attenzione alla sofferenza di un altro essere vivente, con uno spirito di gentilezza e cura e un genuino desiderio di aiutare, coltivare e sostenere. Senza compassione, invece, diventa facile giudicare gli altri, guardarli dall'alto a basso, disprezzarli, trascurarli, respingerli e ferirli.

Harris vuole sottolineare l'importanza della compassione, definita come un balsamo che aiuta le ferite a guarire più velocemente, con la quale si agisce con gentilezza nei confronti degli altri.

Il primo passo nella compassione è semplicemente riconoscere che anche il proprio partner stia soffrendo. Una tecnica che viene consigliata è quella di immaginare il partner come un bambino/a: turbato, che trema e sta piangendo, indifeso. Allo stesso tempo bisogna trovare un po' di compassione per noi stessi; nel tempo si proverà una sensazione di apertura nel proprio cuore anziché di chiusura.

Secondo Neff (2003), professore di psicologia all'Università del Texas, ci sono tre elementi per sviluppare la compassione per sé stessi: gentilezza, una condizione umana comune (tutti gli esseri umani soffrono) e la mindfulness.

Alcuni suggerimenti per sviluppare la compassione per sé:

- Respirare consapevolmente;
- Posare una mano sull'area che è più dolorosa, tenere il dolore delicatamente come se fosse un cucciolo ferito o un bambino che piange;
- Parlare gentilmente a se stesso;
- Immaginare se stessi come un bambino a cui dirigere un atteggiamento di attenzione, sollecitudine e gentilezza;
- Riconoscere che sei umano;
- Attingere alla propria curiosità

- Ricordare cosa ti dice il tuo dolore: 1. Tu sei vivo; 2. Tu sei umano; 3. Tu hai un cuore.

Workability

Un altro concetto rilevante nell'ACT è la workability (funzionalità). La workability di qualcosa si riferisce come questa funzioni nel lungo periodo per creare una vita ricca e significativa. Pertanto non dobbiamo guardare quello che si fa nella relazione in termini “giusto/sbagliato”, “buono/cattivo”, “dovrebbe/non dovrebbe”, “corretto/scorretto” ma semplicemente in termini di funzionalità.

Si può osservare quante energie, infatti, si investono nel controllare le proprie emozioni e quanto si vorrebbe che il proprio partner si conformi ai nostri desideri. In verità, però, le sole cose che si possono sicuramente controllare nella vita, sono le proprie azioni. Pertanto, un altro obiettivo sarà investire nel diventare il partner che si vuole essere e man mano che si entra in contatto con i propri valori, usati con consapevolezza per guidare le azioni, entrambi i partner cambieranno in modo positivo.

I valori

L'ACT definisce i valori come “qualità desiderate dell'azione in corso”, ovvero riguardano quello che si vuole fare continuamente e il modo in cui si vuole farlo. Quindi il valore è come una colla, che lega insieme l'azione più piccola e il più grande obiettivo a lungo termine. Se si dà valore al “prendersi cura dell'altro” questo tiene insieme tutto, dal tenerle la porta aperta, all'asciugarle la fronte durante il parto, al tenerle la mano sul letto di morte.

Una cosa da tenere in mente: i valori non riguardano quello che “devi fare” o “dovresti fare”; riguardano quello che è importante e significativo per se stessi.

Esercizio. Il vostro decimo anniversario
--

<i>Immagina di essere dieci anni avanti, e che tu abbia radunato i tuoi amici più cari e parenti per festeggiare questi ultimi dieci anni della vostra relazione. È tua l'immaginazione, per cui fallo apparire come desideri.</i>
--

<i>Immagina che il tuo partner si alzi per fare un discorso sugli ultimi dieci anni della vostra vita insieme – riguardo quello che tu rappresenti, ciò che significhi per lui e il ruolo che hai giocato nella sua vita. Immagina che lui dica, qualunque cosa sia, quello che desidereresti maggiormente sentire, nel profondo del tuo cuore. (questo non riguarda quello che realisticamente direbbe – riguarda quello che in un mondo ideale,</i>

ameresti sentire da lui). Immagina che descriva il tuo carattere, i tuoi punti di forza e i modi in cui hai contribuito alla relazione.

Ci sono diversi modi con cui rendersi conto che ci si sta spostando dai valori alle regole.

I valori hanno a che fare con l'aprire il cuore e fare ciò che è veramente significativo, perciò essi danno un senso di leggerezza, apertura ed espansività. Le regole generalmente hanno un senso di pesantezza, un senso di obbligo, di dovere, di onere. I valori tendono ad includere parole come "voglio", "scelgo", "desidero". Le regole tendono a includere parole come "dovrei", "devo assolutamente", "giusto", "sbagliato". Questa differenza è molto importante perché è poco comune che le coppie abbiano valori contraddittori, molto più comunemente entrambi i partner hanno gli stessi valori, ma hanno regole diverse su come agire in base a questi.

Riconoscere di avere valori simili aiuta ad accettare e rispettare l'altro e a creare un luogo sicuro dove entrambi possono incontrarsi, senza bisogno di attaccare o difendere le proprie posizioni.

Intraprendere un'azione guidata dai propri valori, è conosciuto nell'ACT come "dare valore" e rappresenta un processo continuo. Gli obiettivi possono essere raggiunti o completati, mentre il dare valore non finisce mai. Per esempio se si vuole essere amorevole, attento, premuroso e di supporto, questo è un valore, una qualità desiderata di un'azione continuativa.

I valori non sono la stessa cosa delle richieste, dei bisogni e dei desideri perché riguardano quello che si vuole fare, come vuole comportarsi; non riguardano quello che si vuole ottenere dagli altri. In pratica se non si può fare, non è un valore. C'è un ottimo motivo per focalizzarsi in primo luogo sui propri valori, prima di occuparsi delle proprie richieste e bisogni: si ha un totale controllo rispetto all'agire in base ai valori, ma non si ha controllo su come reagisce il proprio partner, accrescendo il senso di empowerment.

Esercizio. Chi voglio essere in una relazione?

Prendi un quaderno e rispondi alle seguenti domande:

- Che tipo di qualità personali vuoi mettere in gioco nella tua relazione?
- Quali punti di forza del tuo carattere intendi impiegare o sviluppare?
- Come vuoi comportarti o agire in modo continuativo?
- Cosa vuoi rappresentare come partner?
- Supponi che abbiamo chiesto al tuo partner le 10 cose che lui o lei maggiormente apprezzano di te.

In un mondo ideale, cosa ameresti maggiormente che dicesse il tuo partner?

Prendersi cura, connessione e collaborazione sono i pilastri dell'amore, del calore umano e dell'intimità e se c'è una carenza significativa del *dare valore* in queste aree, la propria relazione rischia di appassire invece di fiorire. Si riportano alcuni esempi:

⇒ *Connessione*: voglio essere vicino al mio partner; voglio aprirmi a lui, condividere quello che penso e sento; voglio essere interessata a lui; voglio divertirmi con lui.

⇒ *Prendersi cura*: voglio esserci per il mio partner; voglio supportarla e aiutarla, voglio farle vedere che lei conta per me; voglio agire in modo amorevole, gentile e compassionevole con lei.

⇒ *Collaborazione*: voglio dare al partner tutto ciò che posso per aiutarlo nella vita: assistenza, incoraggiamento, ispirazione o guida. Voglio dargli una mano o un grande abbraccio ogni volta che è necessario.

Ora si può pensare a delle semplici azioni guidate dai valori per migliorare la relazione:

○ *Parole*: che cosa si può dire al proprio partner che promuova un senso più profondo di connessione o che mostri affetto? Si considerano anche gli sms, i biglietti d'auguri, le mail, così come le parole dette.

○ *Gesti*: quali azioni si possono fare per contribuire alla salute, al benessere e alla vitalità del partner? Questo potrebbe includere qualsiasi cosa, dal cucinare una cena, riparare l'auto o organizzare una serata fuori.

○ *Fisicità*: come si può facilitare la connessione, la cura e l'attenzione fisicamente? Si può prendere in considerazione l'abbracciare, il baciare, lo staree mano nella mano, l'accarezza i capelli e così via.

Lo smog psicologico

Spesso nella nostra mente c'è una miscela potente e tossica di previsioni spaventose, atteggiamenti rigidi, duri giudizi, ricordi doloroso e di pensieri che non sono di aiuto. Nel corso degli anni si sono accumulati, strato su strato, diventando una densa nuvola nera che soffoca e opprime, e impedisce di vivere la vita che davvero si vuole. Tra gli strati di smog troviamo:

• Lo strato del "dovrebbe" che contiene pensieri come: "*perché mi dovrei disturbare? Non è un problema mio, non devo cambiare io; le non avrebbe dovuto trattarmi in questo modo; lui dovrebbe scusarsi e ammettere che ha torto; non dovrebbe essere così difficile*". Questi pensieri ci fanno sentire indignati, arrabbiati o risentiti.

- Lo strato del “è inutile cercare di...” è costituito da credenze che il futuro sia tutto negativo e quindi è inutile cercare di fare qualcosa: *“Lei non cambierà mai, quindi perché dovrei fare lo sforzo? È troppo tardi. Ci. Sono troppi danni: non potremo mai porvi rimedio, quindi perché sprecare il mio tempo?”*.

- Lo strato del “se solo...” rappresenta una fuga temporanea nel mondo incantato: *“Se solo si desse una regolata...; se solo lei non mi ossessionasse...; se solo lei andasse più d'accordo con i miei genitori...”*.

- Lo strato del “passato doloroso” in cui sono racchiusi i ricordi dolorosi di ogni cosa che è andata male nella propria relazione.

- Lo strato del “futuro spaventoso” che contiene tutti i pensieri spaventosi che si hanno rispetto a cosa potrebbe andare storto se si cambiasse: *Lei se ne approfitterà; verrò ferito; lui non vorrà prendersi responsabilità; lei mi darà per scontato; sto facendo la scelta sbagliata; sarei più felice con un'altra persona.*

- Lo strato del “dare spiegazioni”, ovvero tutte le ragioni che si trovano del perché non si può o si vuole cambiare: *“Sono troppo depresso/stanco/stressato; mi vado bene così. Lei ha bisogno di cambiare, non io; sono troppo vecchio per cambiare; sono sempre stato così. Sono fatto così, prendere o lasciare; se lui cambia per primo allora poi cambierò!”*.

- Lo strato del “giudizio” comprende tutti i giudizi negativi che si danno al proprio partner: *“Lui non merita di essere trattato bene; lei è una serpe. Perché dovrei essere carino con lei?; lei è troppo aggressiva, questo è il suo problema; lui è quello con tutti i problemi, non io.*

- Lo strato del “io so perché...”, costituito da assunti: *“Lei lo sta facendo di proposito, per dimostrare qualcosa; lui lo sta facendo per ferirmi, lei potrebbe cambiare se realmente lo volesse; è così perché nel suo profondo vuole lasciarmi”*.

- Paure radicate che spesso si sovrappongono ai propri valori. Tra le più comuni troviamo la paura dell'abbandono, la paura del controllo e la paura di non essere meritevole. Queste paure radicate possono affiorare come storie assolutamente convincenti: *“Lui sta per lasciarmi. Io non posso sopportare di stare senza di lui; non sono abbastanza per lei. So che troverà qualcuno migliore di me. Quando capirà quello che sono realmente, lui mi lascerà”*.

Non possiamo impedire a questi pensieri di manifestarsi ma possiamo non aggrapparci a loro. Possiamo considerarli né più né meno di parole che appaiono all'interno della nostra testa, consentendo loro di andare e venire liberamente come se fossero semplicemente automobili di passaggio davanti casa. Solo così eviteremo che si trasformino in questa spaventosa nube di smog.

Defusione: staccarsi dai propri pensieri

Defusione significa separarsi dai propri pensieri, mettere un po' di distanza tra loro e noi, fare un passo indietro e guardarli, scegliendo come rispondergli invece di rimanere catturato e impigliato tra loro. In uno stato di fusione siamo così persi tra i nostri pensieri che perdiamo il contatto con la visione d'insieme. Allo stesso modo è difficile agire in modo efficace, in accordo con i propri valori, quando si è accecati da tutti i giudizi sul proprio partner.

Nell'ACT ogni cosa si riduce alla funzionalità; la questione non è se i propri giudizi sono veri o falsi, ma come questo funziona sul lungo periodo se ci fondiamo con loro.

Ci sono molti modi diversi per defondersi dai giudizi e dalle storie che non sono di aiuto. Un modo è semplicemente nominarli, chiamarli per nome ogni volta che appaiono, dicendo silenziosamente a noi stessi: "Ah!, ecco che arrivano i giudizi", oppure: "Questa è la storia del partner cattivo", dando, volendo, anche un nome specifico a questa storia: "La storia del manico del lavoro", oppure: "La storia del pigro sciattono".

Lo scopo non è bloccare i giudizi ma vederli per quello che sono: solo un mucchio di parole che vengono sfornate automaticamente dalla propria mente.

La defusione non è un modo per sbarazzarsi dei propri pensieri indesiderati ma rappresenta un modo diverso di interagire con loro.

Esercizio. Trasportare i tuoi giudizi

Prendi un foglio bianco di carta e da una parte scrivi quattro o cinque giudizi o storie tra i più duri che la tua mente ti racconti sul tuo partner. Una volta che l'hai fatto, gira il foglio e scrivi in stampatello grande e grassetto: "AAH! LA STORIA DEL CATTIVO PARTNER. ANCORA UNA VOLTA!"(cambia il nome della storia se ne puoi pensare uno migliore). Ora gira di nuovo il foglio e dai una letta alla lista di tutti i tuoi giudizi e storie. Una volta fatto, rigira il foglio e leggi quello che è scritto in caratteri cubitali. Nota quello che succede.

Esercizio. Cantare la storia

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Prendi un giudizio o una critica cattiva sul tuo partner e riassumila in un'frase breve, di poche parole: "Lui è un porco egoista!".2. Prova a cantarla con la melodia della canzone "Tanti auguri".3. Prova a cantarla con una melodia a tua scelta |
|---|

4. Che cosa è successo? Per molte persone il pensiero perde rapidamente il suo potere appena viene riconosciuto per quello che è: solamente un insieme di parole, proprio come il testo di una canzone.

Esercizio. Radio-mente

Immagina che la tua mente sia una radio. Ascolta i tuoi pensieri come se stessi ascoltando un commentatore sportivo o di notizie. Nota la velocità, il volume e l'intonazione delle parole, nota l'emozione presente nella voce. A volte sarai così catturato dal contenuto della trasmissione radiofonica che dimenticherai lo scopo dell'esercizio. Questo è del tutto normale. Appena ti rendi conto che questo è accaduto fai un passo indietro e ancora una volta nota la tua mente come se fosse una radio.

Mindfulness

Mindfulness è una parola inglese che vuol dire consapevolezza ma in un senso particolare. Non è facile descriverlo a parole perché si riferisce prima di tutto a un'esperienza diretta.

Tra le possibili descrizioni è diventata "classica" quella di Jon Kabat-Zinn, uno dei pionieri di questo approccio. Mindfulness significa prestare attenzione, ma in un modo particolare: a) con intenzione, b) al momento presente, c) in modo non giudicante. Si può descriverla anche come di un modo per coltivare una più piena presenza all'esperienza del momento, al qui e ora; riguarda l'abbracciare ogni momento e trovare la ricchezze in esso. Respirare mindfully (consapevolmente) significa notare davvero il proprio respiro, prestare davvero attenzione ed essere genuinamente curioso rispetto ad esso.

Respirare con consapevolezza serve a due propositi utili: portarci fuori dalla propria mente e ci tiene fermi nel bel mezzo di emozioni dolorose.

Ci sono almeno tre ragioni per cui il respiro consapevole è così utile. Prima di tutto, il respirare lento e profondo aiuta a calmare un sistema nervoso eccessivamente attivato riportandoci nel momento presente. Secondo, il fatto che respiriamo ci ricorda che siamo vivi, e per questo c'è sempre qualcosa di significativo o propositivo che si può fare. Terzo, respirare con consapevolezza aiuta ad allontanarci dal turbine di pensieri e ci dà un po' di "spazio per respirare".

Anche l'apprezzamento è al centro della mindfulness. La parola "apprezzare" deriva dalle parole latine "ad" che significa "verso" e "pretium" che significa "premio" o "valore", perciò la parola "apprezzare" significa "dare valore a qualcosa". Quando è attivato il pilota automatico, e si rimane impigliati nello smog psicologico, non si nota ciò che si ha. Più vengono notati i numerosi modi in cui il proprio partner contribuisce ad arricchire la propria vita, più si potrà vivere in modo

soddisfacente la relazione. In questo modo l'altro si sentirà apprezzato e con maggiore probabilità si rivolgerà con calore e gentilezza.

Qui di seguito ci sono alcuni suggerimenti per coltivare l'apprezzamento per il proprio compagno/a:

- Ogni giorno nota (almeno) tre cose, anche piccole, che apprezzi del tuo partner;
- Contempla ciò che il tuo partner aggiunge alla tua vita;
- Ogni giorno nota (almeno) tre modi in cui il tuo partner contribuisce alla tua vita;
- Ripensa alla volta che hai incontrato per la prima volta il tuo partner, alle qualità personali e ai punti di forza.
- Alla fine di ogni giorno riflettere su qualsiasi cosa tu abbia notato in questi esercizi.

Ogni volta che si pratica la mindfulness, si sperimenta il “Sé che osserva”, una parte di ogni essere umano che è in gran parte trascurata dalla cultura occidentale. Generalmente si conoscono gli altri due sé: (1) il *sé fisico*, il proprio corpo e (2) il *sé pensante*, la propria mente con l'insieme di pensieri, credenze, ricordi, fantasie, progetti, opinioni, giudizi e così via.

Il sé che osserva, invece, è quella parte di noi che silenziosamente nota e osserva. I termini più vicini che si hanno sono “consapevolezza” o “coscienza”. Il sé che osserva è un potente alleato quando si tratta di allentare la presa sulla auto-descrizione e di vedere i pensieri per quello che sono: nulla più che parole o immagini o suoni. Che siano veri o falsi non c'entra; il punto è che se ci aggrappiamo troppo stretti a loro, avremo dei problemi.

Esercizio. Respirare consapevolmente
Lo scopo di questo esercizio è quello di fare dieci respiri lenti, profondi, consapevoli (mindful).
<ul style="list-style-type: none">• Osserva il respiro fluire dentro e fuori dai tuoi polmoni, come se fossi uno scienziato curioso che non ha mai visto respirare prima d'ora. Nota ogni aspetto del tuo respiro: l'aria che fuoriesce dalle narici, il sollevarsi e l'abbassarsi delle spalle, l'espandersi ed il contrarsi della tua cassa toracica.• Mentre fai ciò la tua mente ti racconterà delle storie per cercare di distrarti. Lascia quei pensieri venire e andare; lascia blaterare la tua mente come se fosse una radio accesa in sottofondo.• Se rimani intrappolato nei tuoi pensieri o ti stai appisolando e perdi il contatto con il tuo respiro, è normale. Aspettati che questo accada ripetutamente. Prenditi un momento per riconoscerlo e poi gentilmente rifocalizzati sul tuo respiro.• Nel focalizzarti sul respiro, non stai cercando di ignorare o di cancellare i tuoi pensieri e sentimenti ; non stai cercando di sbarazzartene o di “svuotare la tua mente”. Rimani consapevole di loro, ma la tua attenzione è fermamente centrata sul tuo respiro.

I nostri sentimenti e come ci rapportiamo con loro

Se permettiamo a noi stessi di farci travolgere e portare via dai giudizi e dalle critiche, si scende velocemente verso una fossa nera e umida fatta di disprezzo, rabbia, frustrazione e risentimento. Il punto di partenza è riconoscere che, quando si provano sentimenti dolorosi, di solito si resta in una delle due “modalità”: “evitamento” o “pilota automatico”.

La *modalità evitamento* è quella con cui si cerca di fare qualunque cosa per evitare o per sbarazzarsi dei sentimenti indesiderati. Esempi comuni di evitamento includono la *distrazione*, la *scelta di non partecipare*, allontanandosi fisicamente dal proprio partner, le *strategie di pensiero*, con rimuginio, rimproverando se stessi o incolpando il partner, e l'*uso di sostanze*.

Le strategie di evitamento non sono, di solito, problematiche se vengono usate con flessibilità e moderazione. Ma se vengono usate in modo eccessivo e rigido, presto prosciugheranno la propria vitalità, salute e benessere.

Ricorrere alla *modalità pilota automatico* significa che si viene sopraffatti dai sentimenti forti, si diventa partner reattivi. Si agisce senza riflettere o impulsivamente, con poca consapevolezza di quello che si sta facendo, agendo così in modo incoerente con i propri valori fondamentali.

Le modalità alternative, all'evitamento e al pilota automatico, sono l'*accettazione* e la *consapevolezza*.

Nella *modalità accettazione*, piuttosto che cercare di sbarazzarci delle nostre emozioni, impariamo a come aprirci e fare loro spazio, in modo tale che possano venire e andare di loro iniziativa, senza che diventino un ostacolo. Aprirsi ai propri sentimenti non significa che ci piacciono, che li vogliamo e che li approviamo, ma significa semplicemente che si permette loro di esserci, senza sprecare tempo ed energia nel combatterli, sopprimerli o scappare da loro.

Nella *modalità della consapevolezza* si è pienamente cosciente di ciò che si prova e delle proprie azioni nel qui ed ora. A prescindere dalla difficoltà della situazione, i sentimenti hanno un impatto ed un'influenza minore e si può scegliere in che modo agire in base ai propri valori. Alcuni esercizi che permettono di entrare in contatto in modo consapevole con il proprio compagno sono: l'essere consapevole delle sue espressioni facciali, del suo linguaggio corporeo, di come parla, l'essere consapevole delle sue emozioni, coltivando la curiosità e l'apertura.

Come si può osservare i quattro elementi di LOVE sono interconnessi tra loro: L come Letting go (mollare la presa) – O come Opening up (aprirsi) – V come Valuing (dare valore) – E come

Engaging (essere coinvolti, impegnarsi attivamente). Sono quattro diverse sfaccettature dello stesso diamante: la flessibilità psicologica.

I sentimenti di amore verranno e se ne andranno, ma le azioni di amore (LOVE) possono essere intraprese in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo, al di là di come ci si sente. E più si mettono in atto azioni di amore, più la relazione prospererà.

Esercizio. Guardarsi negli occhi con consapevolezza
<ul style="list-style-type: none">• Sedetevi uno di fronte all'altro, con le ginocchia di uno congiunte a quelle dell'altro.• Per i prossimi 5 minuti fissatevi consapevolmente negli occhi senza parlare. <p>Lo scopo è creare una connessione profonda, essere pienamente presenti l'uno all'altra. Potrebbe insorgere sentimenti sgradevoli. Se è così, respirate profondamente dentro di essi e fate loro spazio. La vostra mente cercherà di distrarvi. Lasciate che i vostri pensieri vengano e andino via come se fossero automobili di passaggio davanti casa o foglie che fluttuano su un ruscello. Appena ve ne accorgete riportate con dolcezza la vostra attenzione all'esercizio. Continuate a guardare negli occhi del vostro partner anche se ridete, se vi agitate o arrossite o piangete. Poi discutete di quello che è successo.</p>

Esercizio. Coccolare consapevolmente
<p>Seguitele stesse istruzioni dell'esercizio precedente, ma questa volta, invece di guardarvi negli occhi, coccolatevi o abbracciatevi per qualche minuto. Fatelo consapevolmente: coccolatevi come se non lo aveste mai fatto prima. Notate come i vostri corpi entrano in contatto e le sensazioni di calore e di pressione in queste aree, notate quello che potete vedere, udire e odorare. Focalizzate la vostra attenzione esclusivamente sulla connessione fisica tra voi due. Poi discutete quanto è successo.</p>

Il cuore della battaglia

John Gottman, un gigante nel campo dello studio delle relazioni umane, ha studiato centinaia di coppie per scoprire quali fattori costruiscono o infrangono una relazione. La sua ricerca mostra chiaramente che ciò che rende una relazione salutare non è la quantità di litigi ma il modo in cui si litiga (Gottman e Silver, 1999). Quando il litigio è cattivo e meschino, entrambi i partner si feriscono seriamente. Ma quando il litigio è amichevole, con un po' di calore e leggerezza, senza tutto quel disprezzo, giudizio e risentimento, allora le ferite sono solo lievi e guariscono velocemente.

I metodi per lasciare andare includono:

⇒ *Dare un nome alle storie*: identifica i “classici”, le storie per cui si litiga più e più volte, senza mai ottenere qualcosa di utile. Temi più comuni riguardano i soldi, le vacanze, i lavori di casa, le responsabilità domestiche, il sesso, la vita sociale, l’allevare i bambini e così via. Viene scelto uno dei temi “classici” e si pensa ad un titolo come se fosse un romanzo. Il senso di dare un nome è quello di aiutare entrambi a riconoscere questa storia quando si presenta e, conoscendo il risultato che probabilmente si otterrà se si rimane catturati, si ha la possibilità migliore di difondervi da essa. Questo può diventare un promemoria per gettare un’ancora: respirare in modo consapevole e rimanere presenti.

⇒ *Identificare le discussioni “di compagnia”*: quando si guardano le proprie discussioni come se fossero quasi degli “animali domestici”, all’improvviso non sembrano così grandi e problematiche. Molte coppie trovano utile scherzare con questa immagine. Se le discussioni ricorrenti fossero degli animali, che tipo di animali sarebbero?

⇒ *Usare l’umorismo*: la chiave del bisticciare con amore (l’acronimo LOVE) è quella di alleggerire. Perché non accordarsi su qualche sorta di segnale o parola spiritosa che si può usare come promemoria per lasciare andare?

⇒ *Rivedere la storia “io ho ragione, tu hai torto”*: tipicamente questa storia è legata a molti giudizi con non sono di aiuto. Il partner “giusto” di solito vede se stesso come più intelligente, più forte, o superiore in qualche modo e spesso giudica il compagno “sbagliato” come minore o inferiore a lui in qualche modo. Anche in questo caso è importante fermarsi e chiedersi se stiamo agendo in base ai nostri valori: “Preferisco avere ragione o essere amorevole? Preferisco avere ragione o costruire una relazione?”.

⇒ *L’ultima parola*: una delle cose più utili che si può fare per porre termine ad una discussione è lasciare andare il bisogno di avere l’ultima parola. “Che cosa è più importante qui? Essere nel giusto o costruire una relazione?”.

Non si può controllare come il partner risponderà e non si può smettere di sentirsi a disagio. Si può invece fare spazio a quei sentimenti controllando quello che noi diciamo, quando lo diciamo e come lo diciamo. Come sono importanti le parole che si usano, altrettanto lo è l’atteggiamento con cui si pronunciano, anch’esso basato sui valori personali. Si potrebbe coltivare l’atteggiamento preferito prima di parlare con il proprio partner, per esempio si può riflettere su quello che fa e si apprezza, sui suoi punti di forza; si può portare alla mente un ricordo tenero e affettuoso che coinvolga entrambi.

È molto importante scegliere saggiamente il momento per affrontare questioni difficili. Potrebbe essere di aiuto dare al proprio partner un preavviso e uscire dal solito ambiente, andando magari a fare una passeggiata o parlare davanti un drink o una tazza di caffè.

Alcuni esempi delle tattiche maggiormente utilizzate durante le discussioni con il proprio partner:

⇒ *Tendere un agguato*: anziché affrontare nel momento ciò che non piace, si fanno passare giorni o settimane per poi scatenare il malessere durante un altro conflitto.

⇒ *Coalizzarsi con qualcun altro*: coinvolgere una terza persona nella lite che si allei contro il vostro partner.

⇒ *Picchiare sotto la cintura*: aggredire verbalmente il proprio compagno/a approfittandosi delle sue paure e insicurezza radicate.

⇒ *Giocare all'avvocato*: stravolgere il significato delle parole dell'altro, esagerando al punto di renderle ridicole (utilizzata in particolare dalle presone con buone capacità di linguaggio).

⇒ *Riesumere il cadavere*: è garantito che si riaprono vecchie ferite, sprofondando sempre di più nel conflitto.

⇒ *Fare il gorilla*: tattica utilizzata dalle persone che urlano, tirano oggetti o sbattono le porte. Questo comportamento è minaccioso per l'altro/a ed è estremamente dannoso per un qualsiasi senso di fiducia o sicurezza.

È molto importante discutere queste tattiche all'interno della coppia, ognuno riconoscendo le proprie e attribuendogli un nome simpatico.

Un atteggiamento basato su LOVE, nella maggior parte delle volte dei casi, migliorerà gli esiti delle discussioni e il danno fatto durante il conflitto.

Esercizio. Tattiche preferite e regole di base									
Discutete le vostre tattiche preferite: in un mondo ideale, quali potrebbero essere le regole di base di ciascuno? Ogni partner dovrebbe completare le quattro frasi seguenti:									
Quando stiamo litigando									
1.	Mi	piacerebbe	che	tu	accettassi	che	io	faccia	questo:
.....									
2.	Voglio		smettere		di	fare		questa	cosa:
.....									
3.	Sono	disposto	ad	accettare	che	ti	faccia	questo:	
.....									

4. Voglio che tu smetta di fare questo:
--

Intimità

La parola “intimità” deriva dal latino “intimatio” che significa “far conoscere”. Intimità si riferisce a una profonda e stretta relazione tra due esseri umani. Possiamo parlare di ciò in almeno tre modi:

1. Intimità fisica: lasciar conoscere il proprio corpo al partner;
2. Intimità emotiva: far conoscere al proprio partner i nostri sentimenti;
3. Intimità psicologica: far conoscere al proprio partner cosa c’è nella propria mente, inclusi i propri valori, obiettivi, opinioni, credenze, desideri, aspettative e fantasie.

Aprirsi emotivamente e psicologicamente rappresenta un rischio, in quanto ci sentiamo più vulnerabili alla critica, al giudizio, o alla disapprovazione. Prima cosa è importante difendersi da questi pensieri negativi e dalle altre storie inutili che automaticamente appaiono nella nostra testa; semplicemente notiamoli e lasciamoli venire ed andare. Secondo, bisogna portare la piena consapevolezza su quello che il partner sta dicendo e facendo, facendolo diventare il centro della nostra attenzione. Terzo, mostrare quanto si tiene all’altro attraverso il processo della validazione.

La validazione è un importante atto di amore e attenzione, significa trasmettere all’altro che è bene per lui avere i propri pensieri e sentimenti, anche se non sono gli stesi nostri, permettendogli di essere ciò che è.

Molte persone dividono arbitrariamente le loro relazioni in due ambiti: (1) la loro vita sessuale e (2) tutto il resto. Questa divisione spesso non aiuta ed è più utile pensare al sesso come una mera attività che consente di connettersi in modo piacevole.

Come regola generale, se la propria vita sessuale non è buona, sarebbe necessario concentrarsi sul disinnescare il DRAIN in altre aree della relazione. A mano a mano che si ristabilisce l’attenzione, la connessione, la compassione e la fiducia si apre la strada per una migliore e più divertente vita sessuale. Se si pone la propria vita sessuale su un piano valoriale piuttosto che sugli obiettivi, come gli esisti prestazionali, allora si potrebbe rompere questo circolo vizioso.

La connessione e la cura possono avvenire in molti modi diversi, indipendentemente dal fatto che si abbia un’erezione o si raggiunga un orgasmo. Si possono trasformare questi valori in azioni attraverso il baciare, l’abbracciare, il massaggiare, il sesso orale, la masturbazione, facendo un

bagno insieme. Il valore del dare attenzione e cura è assolutamente vitale nella relazione; il sesso non andrà sempre nel modo in cui si preferisce. La mindfulness può meravigliosamente accrescere l'intimità fisica.

Il perdono

La parola risentimento deriva dal francese *resentir*, che significa “sentire ancora”. Quando si alimenta il risentimento, si rivive il dolore, ancora e ancora e ancora.

Naturalmente, quando qualcosa ricorda il dolore del passato è probabile che si presentino pensieri e sentimenti dolorosi. Non si può impedire che questo avvenga. Ma se si afferrano questi pensieri e sentimenti e si rifiuta di lasciarli andare, si trasformano in una massa ribollente di risentimento. Il perdono è qualcosa che si fa puramente per il proprio beneficio.

L'antidoto al risentimento è il perdono! La parola inglese *forgiveness* (perdono) deriva dalle parole *give* (dare) e *before* (prima). Perciò si può pensare al perdono come a “restituire ciò che c'era prima”.

Il perdono richiede l'acronimo LOVE. Quando i pensieri e i ricordi dolorosi si presentano, si può praticare il lasciare andare e tornare ai principi di base della flessibilità psicologica, agendo in linea con i propri valori.

Rituali di connessione

Un rituale di connessione è una qualsiasi attività che si fa su base regolare, dove lo scopo principale è di rafforzare il proprio legame con il partner. Si possono usare questi rituali per divertirsi, giocare, condividere il piacere, sostenersi a vicenda, esprimere affetto o approfondire l'intimità.

Semplici rituali di connessione includono:

- ◆ Parlare della propria giornata quando si rientra dal lavoro;
- ◆ Confidarsi mentre si prende un caffè/drink;
- ◆ Uscire insieme: cena, bowling, cinema, discoteca e così via;
- ◆ Condividere attività fisiche, come andare a correre, nuotare, camminare fare yoga;
- ◆ Condividere hobby, mestieri o attività creative;
- ◆ Fare giochi di società;
- ◆ Partecipare a una gita di famiglia;

- ◆ Approfondire l'intimità fisica, che va dalle coccole sul divano al sesso.

Prendersi il tempo per la connessione è vitale per una sana relazione a lungo termine. L'ACT invita a riflettere sui propri valori regolarmente, in quanto aiuta a mantenere il "quadro generale" in mente: a stare in contatto con ciò che conta nel lungo periodo.

Conclusione

In conclusione, i punti utili da ricordare:

- 1) Amore e dolore sono partner in ballo; vanno mano nella mano.
- 2) Non si può ottenere sempre quello che si vuole.
- 3) Non ci sono cose come il partner perfetto
- 4) Le questioni complesse raramente hanno semplici risposte.
- 5) Non si può controllare il proprio partner, ma possiamo controllare noi stessi.
- 6) Il conflitto è inevitabile. Ma lottare lealmente, riparare e praticare la compassione, lo rendono molto meno distruttivo.
- 7) I sentimenti di amore vanno e vengono; le azioni di amore possono essere intraprese in ogni momento.

I due obiettivi principali sono :

- ⇒ Ridurre l'acronimo DRAIN: disconnessione, reattività , evitamento, dentro la tua mente e trascurare i tuoi valori;
- ⇒ Aumentare l'acronimo LOVE: lasciare andare, aprirsi, dare valore, impegnarsi attivamente.

Naturalmente questo è più semplice a dirsi che a farsi. Ci saranno sempre numerose barriere nel cammino di ognuno.

Per citare Padre Alfred D'Souza: "Per lungo tempo mi è sembrato che la vita stesse per cominciare – la vita reale. Ma c'erano sempre alcuni ostacoli sulla via, qualcosa che doveva essere prima superato, qualcosa in sospeso, tempo ancora da scontare, un debito da pagare. Solo dopo la vita sarebbe cominciata. Alla fine mi resi conto che questi ostacoli erano la mia vita".

Bibliografia

Blackledge, J. T. (2003). An introduction to relational frame theory: Basics and applications. *The Behavior Analyst Today*, 3(4), 421-433.

- Harris Russ (2011). Se la coppia è in crisi: Impara a superare frustrazioni e risentimenti per ricostruire una relazione consapevole. Editore FrancoAngeli, Milano.
- Harris Russ (2011). Fare act. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy. Editore FrancoAngeli, Milano.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. (2012). Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change, 2nd ed New York: Guilford.
- Hayes SC, (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies - Republished Article. *Behav Ther.*; 47(6):869-885.
- Hayes SC, (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change; 18(2): 226–227. *World Psychiatry*.
- Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, Sniehotta F (2016). Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychol Rev.* 10(3):277-96.
- Lang, P. J. (1985). Cognition in emotion: Concept and action. In C. Izard & J. Kagan (Eds.), *Emotions, cognition, and behavior* (pp. 192–226). New York: Cambridge University Press.
- Lipkens, G., Hayes, S. C., and Hayes, L. J. (1993). Longitudinal study of derived stimulus relations in an infant. *Journal of Experimental Child Psychology*, 56, 201–239.
- Zhang CQ, Leeming E, Smith P, Chung PK, Hagger MS, Hayes SC (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. *Front Psychol*; 8: 2350.

Sitografia

<http://www.act-italia.org>

<https://contextualscience.org>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

<https://scholar.google.com>

Susanna Simeoni, Psicologa, Roma

Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Semerari e Tenore

e-mail: marzia.alb@icloud.it

susanna.simeoni@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

Nessuno deve far del male a nessuno: il Doc di Rebecca

Chiara Mignogna¹

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva

Riassunto

Nel presente articolo viene descritto il caso clinico di Rebecca, una donna di quasi 50 anni che giunge al Centro di Salute Mentale per problemi legati a insonnia, ansia e la presenza di attacchi di panico. Con l'inizio della psicoterapia all'interno del CSM, oltre alla diagnosi di Disturbo di Panico, viene effettuata diagnosi di disturbo ossessivo compulsivo in comorbidità con sintomi dissociativi. I sintomi ossessivi-compulsivi nascono dal tentativo di voler mantenere un controllo in casa, affinché non possano accadere eventi spiacevoli e per tale motivo vengono messe in atto compulsioni comportamentali di ordine e simmetria e di washing. L'interesse clinico nasce dall'evoluzione del caso durante le sedute, in cui emergono episodi traumatici di abuso sessuale nell'infanzia di Rebecca, tenuti nascosti per tutta la sua vita e che sono fonte di grande sofferenza per la paziente, a causa di intrusioni di memorie traumatiche. Il trattamento effettuato è frutto della combinazione di tecniche cognitive comportamentali per la gestione dell'ansia, tecniche di ristrutturazione cognitiva, Mindfulness e tecniche Sensorimotor, quali risorse somatiche. L'esposizione al trauma e il lavoro sulla sintomatologia ossessiva resta incompleto e mai portato a termine.

Parole chiave: Disturbo di panico, Disturbo ossessivo-compulsivo, dissociazione, trauma.

Nobody Should Hurt Anyone: Rebecca's Case

Summary

This paper describes the clinical case of Rebecca, a nearly 50-year-old woman who comes to the Mental Health Center for problems related to insomnia, anxiety and the presence of panic attacks. With the beginning of psychotherapy within the CSM, in addition to the diagnosis of Panic Disorder, the diagnosis of obsessive-compulsive disorder in comorbidity with dissociative symptoms is made. Obsessive-compulsive symptoms arise from the attempt to want to keep a check in the house, so that unpleasant events cannot happen and for this reason behavioral compulsions of order and symmetry and washing are put in place. The clinical interest arises from the evolution of the case during the sessions, in which traumatic episodes of sexual abuse emerge in Rebecca's childhood, kept hidden throughout her life and which are a source of great suffering for the patient, due to intrusions of traumatic memories. The treatment carried out is the result of the combination of cognitive behavioral techniques for the management of anxiety, cognitive restructuring techniques, Mindfulness and Sensorimotor techniques, such as somatic resources. The exposure to trauma and the work on obsessive symptoms remains incomplete and never completed.

Key-words: Panic Disorder, Obsessive Compulsive Disorder (OCD), dissociation, trauma.

Chiara Mignogna, *Nessuno deve far male a nessuno. il Doc di Rebecca*, N. 26, 2020, pp. 98-113.

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

Rebecca è una donna di quasi 50 anni, vive con suo marito e i due figli poco più che adolescenti in una città del centro Italia. Lavora come ausiliaria presso un ospedale ed è l'unica fonte di reddito della famiglia, in quanto il marito è disoccupato da molti anni.

Invio e contesto della terapia

Conosco Rebecca presso il Centro di Salute Mentale dove frequento il tirocinio della scuola di specializzazione, inviata dalla psichiatra che l'ha presa in carico con diagnosi di *“Disturbo di Panico e Sindrome Fobica, con ansia anticipatoria e condotte di evitamento. Inoltre, sono presenti sintomi depressivi-ansiosi accompagnati da eccessiva preoccupazione e insonnia. Segue terapia farmacologica con Paroxetina (1/2 cp da 20 mg) nonostante Rebecca riferisce di non assumerla regolarmente in quanto le causa molta sonnolenza.*

Rebecca si rivolge al CSM di competenza territoriale a causa di problemi di ansia, insonnia, stanchezza e quelli che definisce come attacchi di panico, di cui soffre da diversi anni, riacutizzatisi nell'ultimo periodo a causa di problemi sorti sul lavoro.

Ha già effettuato altre psicoterapie mai portate a termine *“Sono sempre scappata, mi facevano stare ancora più male”*.

Nel primo colloquio la paziente si mostra con un tono dell'umor deflesso, facilità al pianto e con tendenza a chiedere scusa per il disturbo arrecato, minimizzando i suoi problemi rispetto a problemi di salute *più gravi*. Riferisce di soffrire di ansia da più di 30 anni e racconta che la sua vita è stata fortemente segnata da una serie di lutti in famiglia, condizioni economiche precarie ed eventi dolorosi in età infantile di cui non vuole parlare, condizione questa per continuare il percorso psicoterapeutico e motivo di fallimento delle precedenti psicoterapie.

Descrizione del problema

Rebecca lamenta una costante una fame d'aria, spesso sembra che sbadigli invece è una reazione a prendere aria con la bocca e una condizione di stanchezza cronica a causa delle difficoltà che ha nel dormire. I problemi relativi al sonno si riferiscono a continui risvegli durante la notte e l'impossibilità a riaddormentarsi. Ciò che le impedisce di riprendere sonno è la percezione che ci sia qualcuno nel letto che la osservi. Riporta di aver da molti anni problemi del sonno; riferisce che dopo la nascita del primo figlio ha avuto lunghi periodi di insonnia per paura che accadesse

qualcosa al bambino e di aver passato i primi otto anni di vita della sua secondogenita sempre sveglia, sia di giorno che di notte al fine di impedire che potesse succederle qualcosa.

Rebecca teme diverse situazioni in cui sperimenta una forte ansia con la conseguente paura di perdere il controllo; se non può evitarle presenta una forte ansia anticipatoria. Infatti, sperimenta ansia quando deve andare in posti che non conosce per paura di perdersi; per tale motivo programma tutti i suoi spostamenti e ripete in testa molteplici volte il percorso da dover fare. Quando cammina per strada ha paura di essere seguita da qualcuno; ha paura a guidare di notte perché avverte i sintomi di ansia, la sensazione di soffocamento, tachicardia, teme di perdere l'orientamento e il controllo di sé e non riuscire a trovare la strada di casa. Tali sintomi si aggravano soprattutto quando sono presenti i figli in quanto teme che in preda all'ansia non sarebbe più in grado di proteggerli. Quando guida deve avere con sé una bottiglia d'acqua, il finestrino aperto e fa di tutto per distrarsi come dire le tabelline.

Le sensazioni di soffocamento sono avvertite inoltre da Rebecca quando si trova in: luoghi troppo chiusi dai quali è difficile allontanarsi, come ad esempio ascensori, strade trafficate, così come il bagno di casa sua, descritto come troppo stretto per cui non riesce a chiudere la porta. Non frequenta luoghi bui come pub oppure uscire di sera in cui è limitata la visibilità e non riuscirebbe a vedere con chiarezza. Non frequenta quartieri per lei malfamati in cui sente maggiore la possibilità che possa accadere qualcosa di spiacevole.

Rebecca vive con il costante timore che qualcosa di brutto possa succedere a lei e ai suoi familiari e sentirsi in colpa per non essere riuscita a prevenirlo; ciò si accompagna alla messa in atto di comportamenti volti a tenere sotto controllo le situazioni, ad esempio riferisce di pulire continuamente casa, controllare costantemente dove sono i figli, accompagnarli in tutte le loro uscite, non dormire. Tutto ciò determina un senso di stanchezza cronica che interferisce con le normali attività quotidiane, incluso il lavoro.

Dopo alcuni colloqui, emerge una sintomatologia ossessiva-compulsiva di Rebecca. Racconta di non tollerare il disordine e di andare *in tilt* quando in casa vede che c'è qualcosa fuori posto. Reagisce arrabbiandosi con i familiari e seguono comportamenti compulsivi per ristabilire l'ordine in casa. Ogni volta che vede qualcosa in disordine tira fuori tutti i vestiti dagli armadi riordinandoli a volte secondo il colore, a volte secondo il tipo di abbigliamento; lo stesso per i cassetti della roba intima. Anche la cucina deve essere perfettamente ordinata, sia i mobili sia gli utensili: “*nessuno può invertire l'ordine dei contenitori di Sale Zuccheri e Caffè*”. Il disordine per Rebecca rappresenta la mancanza di regole in casa e quindi la possibilità che possa succedere qualsiasi cosa,

per cui sente il dovere di mettere tutto in ordine al fine di avere tutto sotto il suo controllo. Allo stesso modo, appena ha la percezione che ci sia dello sporco in casa, inizia a pulire in modo compulsivo, la cui attività viene interrotta solamente quando è *stremata* fisicamente e mentalmente tanto da non poter più continuare e andare a riposarsi a letto. La paura è che lo sporco in casa possa celare la presenza di qualcosa di pericoloso o di disgustoso, come la presenza di scarafaggi e per questo non riuscire a vederli.

Inoltre, R. ammette che ogni qualvolta sente un vuoto allo stomaco, sperimenta ansia interpretandolo come segnale che sta accadendo qualcosa; R. così inizia ad avere dei pensieri negativi che ha paura ad esprimere in quanto teme che poi succedano realmente e per questo sentirsi in colpa che sia sua responsabilità: *“ho paura di pensare”*.

Solo successivamente Rebecca decide di raccontare in terapia, per la prima volta nella sua vita, di aver subito ripetuti abusi sessuali da parte dei fratelli nella tarda infanzia, episodi che non ha mai raccontato a nessuno e che si accompagnano a un forte senso di angoscia.

La preoccupazione maggiore di R. attualmente è che l'ansia riacutizzatasi nell'ultimo periodo aumenti la tendenza a dover controllare tutto, l'insonnia e le sue condotte compulsive così come l'intrusione di ricordi traumatici, rendendola più stanca e fragile, con la conseguente paura di non riuscire a proteggere e a difendere, sia se stessa che gli altri.

La sintomatologia della paziente è compatibile con diagnosi di Disturbo di Panico, Disturbo Ossessivo-Compulsivo e la presenza di sintomi dissociativi.

Profilo interno del disturbo

I sintomi sopra descritti sono coerenti con gli scopi della paziente, espressi in termini di anti-scopo, di non trovarsi in una situazione di vulnerabilità e di evitare che possa accadere qualcosa di spiacevole a lei e ai suoi familiari al fine di proteggerli da possibili minacce.

Ciò porta Rebecca a:

- 1) provare ansia in situazioni in cui teme di perdere il controllo;
- 2) evitare le situazioni di pericolo in cui può mettere se stessa o la sua famiglia a rischio;
- 3) avere la tendenza a controllare tutto per non incorrere nel rischio di aver sottovalutato qualcosa che possa causare sofferenza.

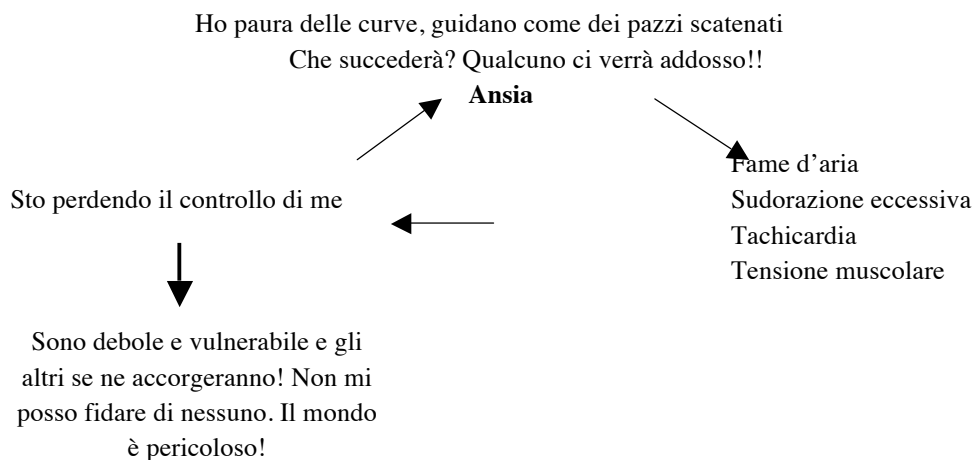
Dagli ABC è possibile rilevare sia gli stati mentali che le credenze in gioco.

Rebecca vive con il costante timore di essere danneggiata dagli altri. Il timore che qualcuno possa far del male a se stessa o alla sua famiglia si traducono in uno stato costante di allerta. La

condizione di controllo da parte di Rebecca è l'unica modalità con cui riesce a fronteggiare l'ansia intensa oppure il sentimento di colpa. Teme che se non ha il controllo di ogni situazione, possono verificarsi episodi spiacevoli; questo da un lato la conduce a non abbassare mai la guardia dall'altro a sperimentare una forte ansia, sfociando in attacchi di panico, quando sente di essere in una condizione di vulnerabilità.

Lo stato mentale di vulnerabilità è fortemente temuto da Rebecca in quanto è una condizione che la espone al pericolo che gli altri possano accorgersi della sua debolezza, quindi della sua incapacità a difendersi, e approfittarsi di tale situazione. Di seguito vengono riportati due episodi che la paziente mi racconta nelle prime sedute.

Sto guidando per una strada di montagna piena di curve e strapiombi con delle persone che sono in macchina con me



La percezione di un pericolo esterno porta Rebecca a provare un forte stato di ansia e reazioni somatiche, che Rebecca interpreta come il segnale che sta perdendo il controllo. Essere vulnerabile per lei significa essere in balia degli altri. Data la sua difficoltà relazionale a fidarsi di qualsiasi altra persona al di fuori della sua famiglia (marito e figli), lo stato di vulnerabilità è maggiormente temuto in quanto gli altri potrebbero approfittarsi di lei. Ciò è sostenuto dalla credenza “non devi mai farti vedere debole e senza controllo altrimenti gli altri se ne approfittano”.

Rebecca infatti vive credendo che il mondo sia minaccioso accompagnato da un forte senso di sfiducia nei confronti degli altri. Ciò porta Rebecca ad evitare le situazioni di incertezza in cui teme che potrebbero attivare in lei un attacco di panico. I timori sono presentati nel seguente schema Abc.

A	B	C
Devo venire da lei in terapia nel nuovo CSM. Non ci sono mai stata, non conosco bene il percorso da fare per arrivarci.	<p>Non troverò la strada, perderò l'orientamento e mi perderò</p> <p>Mi verrà un attacco di panico Se mi viene un attacco di panico, non sarò più in grado di controllare me stessa, sarò fragile e gli altri se ne possono approfittare Non bisogna mai farsi trovare deboli.</p>	<p>e: Ansia Tachicardia Fame d'aria c: Evitamento (Prendo l'autobus)</p>

Si evince, inoltre, un senso ipertrofico di responsabilità (Mancini, 2001). Se non è sufficientemente attenta a controllare la sua e la vita della sua famiglia porta Rebecca a sperimentare un forte senso di colpa nonché di non valore: “Se non proteggi chi ami, sei una fallita, che ci stai a fare al mondo”. Di qui la tendenza a voler avere il controllo di tutto e a prevenire qualsiasi evento potenzialmente minaccioso, in modo tale da azzerare il rischio che possa accadergli qualcosa e che lei non sia stata sufficientemente attenta da prevenirlo, rendendosi quindi colpevole.

A	B	C
Siamo in cucina ed entra un ape in casa	<p>C'è un ape! È' pericolosa! puo' fare del male a qualcuno Devono uscire tutti Nessuno deve far male a nessuno</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Devo proteggerli altrimenti sarò io ad avere la colpa di ciò che può accadere Se non riesci a proteggere chi ami non ha senso che stai al mondo Sarei una fallita se non riuscissi a proteggerli</p>	<p>Ce: ansia tachicardia Cc: faccio uscire tutti dalla stanza</p>

Il timore di colpa di Rebecca si evince nei comportamenti ossessivi-compulsivi finalizzati alla pulizia e all'ordine degli ambienti domestici. Per Rebecca il caos e il disordine sono mal tollerati, intesi come mancanza di regole e per questo segnale di pericolo. I comportamenti messi in

atto da Rebecca sono infatti finalizzati a prevenire una potenziale minaccia, in quanto Rebecca crede che dove regna il caos ed il disordine possa succedere di tutto.

C'è qualcosa di disordinato in casa, come in un cassetto oppure dentro gli armadi



Prima valutazione

“Cos'è questo disordine? Deve essere tutto ordinato, Se c'è disordine vuole dire che c'è qualcosa che non va sotto e potrebbe essere pericoloso. Che succede? Può succedere di tutto. Se metto in ordine non può succedere nulla però”



Tentativo di soluzione 1

“Rituali di ordine e simmetria”



Seconda valutazione

“Cosa sto facendo? Non posso farli vivere così. Rompo le scatole a tutti, do solo fastidio”



Tentativo di soluzione 2

“Autoistruzioni di interrompere le compulsioni di ordine e non rifarlo la prossima volta”

Alla vista del disordine in una parte della casa Rebecca ha la sensazione che le cose non siano esattamente come dovrebbero essere. A partire da questa sensazione interna, Rebecca inferisce l'esistenza di un pericolo, “*Se c'è disordine vuole dire che c'è qualcosa che non va*” e sente la responsabilità di doverlo evitare. Questo attiva in lei uno stato di minaccia che contrasta ripristinando l'ordine attraverso le sue condotte di *ordine e simmetria* in modo tale da allentare l'ansia e avere la certezza che le cose siano completamente sotto il proprio controllo. Dopo la messa in atto dei suoi rituali, Rebecca si rende conto che sono esagerati e si sente in colpa verso la sua famiglia; si colpevolizza per la reazione che ha nei loro confronti e per trascinarli nelle sue condotte compulsive e si impone di non emettere nuovamente i suoi rituali, aspetto questo che viene puntualmente ignorato.

A	B	C
Vedo qualcosa di sporco a casa	Che schifo! E' sporco e bisogna pulire! Non potete lasciare tutto	Ansia Rabbia verso i familiari

	<p>sporco...deve essere tutto pulito</p> <p>Potrebbe esserci qualcosa di spregevole e non lo vediamo così.</p> <p>Ci potrebbero essere gli scarafaggi e non li vediamo</p> <p align="center">▼</p> <p>Sono disgustosi e fanno paura "Escono sempre di notte"</p> <p align="center">▼</p> <p>Di notte succedono cose brutte e devo evitarlo</p> <p align="center">▼</p> <p>Se non lo facessi, mi sentirei responsabile</p> <p align="center">▼</p> <p>Se è sporco sopra, c'è sicuro del marcio sotto</p> <p>Una sorta di degrado in cui non si capisce più niente</p>	<p>Disgusto</p> <p>C: Lavare tutto compulsivamente fino ad essere stremata sia fisicamente che mentalmente e non pensare più.</p>
<p>A"= C (Rabbia verso i familiari)</p>	<p>Loro non c'entrano niente, la casa è pulita, perché me la prendo con loro. Ma che vita gli faccio fare?!</p> <p>Sono io ad essere sporca e colpevole. Il caos è dentro di me!</p>	<p>Senso di colpa verso i familiari</p> <p>C: si impone di non rifarlo più.</p>

Oltre alle compulsioni di ordine, Rebecca mette in atto anche comportamenti di *washing* quando si trova in casa. Passa la maggior parte del suo tempo, quando non lavora, a pulire tutto in maniera compulsiva. Nonostante i costi in termini di stanchezza fisica e del tempo perso impegnandosi in tali attività, non riesce a interrompere i suoi rituali di pulizia. Rebecca reagisce alla vista dello sporco con molta ansia e con una sensazione di disgusto. Teme che lo sporco in casa celi qualcosa di spregevole e disgustoso, come ad esempio la presenza di scarafaggi, che incontrollati durante la notte possano uscire ed essere pericolosi per sé e per i suoi familiari. Ciò si riflette nell'investimento protettivo di Rebecca che sente il dovere di agire, attraverso i suoi rituali, in modo da avere la percezione di azzerare il rischio che in casa possa succedere qualcosa di deplorabile:

“Se è sporco sopra, c’è del marcio sotto... una sorta di degrado in casa in cui non si capisce più niente”.

Attraverso il laddering e nel tentativo di indagare la sensazione di disgusto evocata dalla visione dello sporco in casa, Rebecca, con molta difficoltà, riesce a riferire che l’emozione di disgusto e le ruminazioni sullo sporco rimandano all’emozione di disgusto associata al trauma infantile, e la possibilità che emergano immagini e pensieri intrusivi legati alle esperienze traumatiche, che risultano per lei intollerabili. Ciò che accade in quei momenti, verosimilmente, è che Rebecca non riesca a discriminare tra la percezione del suo ambiente domestico e l’immagine mentale relativa alle memorie traumatiche.

Nel complesso, dal profilo interno si evince, sia per la sintomatologia ansiosa che quella ossessiva il tentativo di voler avere e mantenere il controllo delle situazioni così da escludere possibili minacce. Questo conduce Rebecca a sentirsi vulnerabile e fragile quando sente di perdere il controllo; allo stesso modo quando ha l’intuizione che le cose non siano come debbano essere, Rebecca inizia a ruminare su ciò che potrebbe accadere e a mettere in atto dei rituali di pulizia e ordine che le aumentano la percezione del controllo. Inoltre, i pensieri intrusivi e le immagini riferite ad esperienze precoci infantili sembrano in alcuni casi emergere in uno stato di alterazione delle funzioni integratrici della percezione e della memoria.

In termini metacognitivi, risulta mancare in Rebecca una globale visione di sé in grado di integrare esperienze traumatiche e i relativi stati mentali all’interno della contesto di vita di Rebecca/sua storia (difficoltà di integrazione) così come risulta compromessa la capacità di differenziazione che si evince quando R. percepisce una minaccia non discrimina tra la natura rappresentazionale del suo pensiero e la realtà esterna reagendo con un’elevata risposta di allarme coerente con il “pericolo” percepito reale in quel momento. R. riferisce spesso di non dormire di notte per paura che possa avvenire qualcosa senza il suo controllo, riporta di avere in alcuni momenti la sensazione che ci sia qualcuno accanto a lei nel letto che la osservi. Tale aspetto proibisce R. di dormire. Nel caso specifico di R. è come se ci fosse una perdita di temporalità degli eventi in cui R. vive nel presente la corrispondenza tra la rappresentazione mentale e la realtà attuale di un evento che è accaduto nel passato (Carcione et al., Curare i casi complessi, pag.201).

Anche la capacità di decentramento risulta compromessa in quanto R. utilizza letture stereotipate ed egocentriche della prospettiva altrui. Rebecca si sente minacciata in situazioni di incertezza (ad es. quando vede un uomo che la “osserva”) mossa da un’automatica attribuzione di intenzionalità altrui in termini di pericolosità.

Fattori e processi di mantenimento

Rebecca vive in una costante percezione di pericolo che la porta ad avere un orientamento prudentiale sia cognitivo che comportamentale. L'ansia in Rebecca favorisce un'**attenzione selettiva** a tutto ciò che potrebbe essere minaccioso sia dentro casa che fuori; conducendo Rebecca a sovrastimare la possibilità che ciò che teme si verifichi. L'ipercontrollo messo in atto si configura come un controllo costante dell'ambiente, che la conduce a rappresentarsi mentalmente le ipotesi di pericolo, piuttosto che di sicurezza. Anche il sentimento di colpa di sottovalutare un possibile pericolo, favorisce un bias di ragionamento iperprudentiale. In termini comportamentali ciò si traduce in comportamenti prudentiali caratterizzati da **evitamenti** di situazioni in cui sente che aumenta la probabilità di correre il rischio che qualche evento spiacevole possa verificarsi. Ciò porta R a non disconfermare mai le sue credenze, ma piuttosto a pensare che se non accade niente è grazie alla sua attività preventiva (non uscire di sera, non frequentare posti bui, non trovarsi in situazioni in cui non è possibile scappare, ecc). Anche i **comportamenti protettivi** sono utilizzati da R per contenere o ridurre la sua sintomatologia ansiosa: avere sempre l'acqua con lei, i finestrini della macchina aperta; la condotta utile al fine di distrarsi come dire le tabelline. Tutti i comportamenti protettivi appena elencati hanno l'effetto su Rebecca di credere erroneamente che la minaccia non si sia verificata grazie alle condotte che ha messo in atto.

Allo stesso modo, Rebecca attribuisce alle compulsioni il fatto che l'evento minaccioso non si sia verificato. Inoltre, le compulsioni che mette in atto alimentano e mantengono il problema ossessivo sia perchè riducono la sua sofferenza e quindi vengono rimesse nuovamente in atto al fine di gestire i suoi aspetti ansiosi ma anche perchè interrompono l'esposizione agli aspetti ossessivi, determinando la riduzione della sofferenza causata dalle stesse (Purdon, 2019).

Il **ragionamento emozionale** conduce Rebecca a utilizzare la sua ansia come informazione sullo stato delle cose; infatti usa la sua ansia per fare valutazioni sulla realtà e aumentando a sua volta le rappresentazioni mentali di pericolo: *Se ho l'ansia ed il vuoto allo stomaco, vuol dire che qualcosa di pericoloso c'è oppure se sono in ansia vuol dire che sono in una situazione di pericolo, perderò il controllo e non sarò più in grado di difendermi.*

Il senso di responsabilità è ampiamente mantenuto dalle modalità con cui è gestita la vita coniugale. Se da un lato Rebecca non riesce ad abbassare la guardia e vuole avere la percezione che tutto sia sotto il suo controllo, dall'altro sente di non avere il sostegno da parte del marito che continua a delegare tutto a lei (è la sola a lavorare, che si occupa della gestione della casa, che guida in casa)

che aumentano in Rebecca la sensazione di essere l'unica responsabile sia per sé che per la sua famiglia.

Scompenso

I disturbi sono presenti da diversi anni. L'attuale peggioramento è riferibile a un episodio che accade alcuni mesi prima della richiesta di terapia di Rebecca. Durante un turno di pomeriggio in cui presta servizio esterno, le si avvicina un uomo facendole delle avances e delle molestie verbali. Rebecca si spaventa, riesce a chiudersi all'interno del gabbiotto senza la possibilità per l'uomo di poter entrare. Ciò che Rebecca ricorda in modo spiacevole dell'evento è soprattutto la sua reazione che descrive con ipotonia e una sorta di *paralisi* del corpo, non riuscendo a chiedere aiuto né tantomeno a chiamare qualcuno. L'idea di non essere stata in grado di difendersi dà seguito a una serie di ruminazioni da parte della paziente con l'idea prevalente che non è riuscita a proteggersi come avrebbe voluto e l'idea che, nel caso fosse stata presente, non sarebbe stata in grado di difendere la figlia, venendo meno il suo scopo di proteggere sé e chi le sta accanto. In seguito a questo episodio, la paziente riferisce un peggioramento sia dei sintomi ansiosi sia ossessivo-compulsivi, nonché un aumento dell'intrusione di immagini e pensieri relativi alle esperienze traumatiche.

Vulnerabilità

Nell'indagare la storia di vita, emergono episodi che hanno sensibilizzato la paziente da un lato ad un forte senso di responsabilità dall'altro al timore di essere attaccata qualora sia in condizioni di debolezza.

Rebecca racconta episodi in cui a scuola veniva "bullizzata" e derisa dai suoi compagni di classe a causa di un problema congenito al braccio. Ciò porta Rebecca fin da piccola a pensare che essere debole agli occhi degli altri aumenti la probabilità di essere attaccati.

In casa invece tale aspetto veniva ribaltato, in quanto sentiva che la sua condizione di fragilità le permetteva di avere un trattamento privilegiato da parte del padre. Ciò portava Rebecca a provare colpa per questo trattamento privilegiato e a esperire un sentimento di debolezza dall'altro, cercando di rimediare al primo coinvolgendo i suoi fratelli e al senso di debolezza occupandosi lei delle richieste che il padre faceva loro.

Nella tarda infanzia, Rebecca subisce il primo abuso da parte dei fratelli, con i quali condivideva la stanza. Riferisce che gli abusi sono stati ripetuti e si verificavano sempre durante la notte. Rebecca

non ha mai raccontato ciò che accadeva ai genitori, con lo scopo di proteggerli dalla sofferenza che ciò avrebbe causato. Il senso di responsabilità nel proteggere i genitori porta Rebecca, seppur senza volontà, a proteggere i suoi stessi fratelli e ad attribuirsi la colpa di non essere stata in grado di difendersi, e di conseguenza di porgergli fine. Infatti, Rebecca pensa che avrebbe potuto reagire oppure rimanere sveglia di notte anziché dormire e lasciarsi aggredire senza alcun controllo.

Ciò ha portato Rebecca a credere di non dover mai abbassare la guardia, di non farsi trovare mai in situazioni di fragilità o assenza di controllo, come succedeva nel sonno.

All'età di 22 anni in seguito alla morte improvvisa della madre a causa di un'operazione, Rebecca si trova a doversi occupare della sorella minore a cui hanno diagnosticato un tumore. La sorella sopravvivrà per pochi mesi dopo varie cure con chemioterapie. Rebecca proverà un intenso senso di colpa per non aver compreso la gravità della sua patologia e responsabile di non averla saputa difendere dalle lunghe e dolorose chemioterapie consigliate dai dottori: *Se solo avessi capito quanto era grave, le avrei sicuramente evitato quelle cure così dolorose che non sono servite a niente.*

Inoltre, Rebecca racconta che la notte precedente sia alla morte della madre e sia alla scomparsa del fratello, sperimenta un'intensa e prolungata attivazione ansiosa con il timore che qualcosa di brutto stesse per accadere. Gli avvenimenti tragici temporalmente conseguenti al suo stato ansioso e alla sua preoccupazione hanno portato Rebecca a credere che il suo pensiero abbia in qualche modo avuto una ripercussione sulla realtà (pensiero magico).

Descrizione della terapia

La psicoterapia inizia a Luglio 2019 con il primo colloquio per poi proseguire dopo l'estate. Nonostante la cadenza settimanale stabilita all'inizio, molto spesso Rebecca disdice gli appuntamenti avvisandomi mezz'ora prima e dandomi appuntamento alla settimana successiva. Ciò ovviamente rappresenta un importante ostacolo alla terapia, in quanto la non continuità degli incontri determina una continua interruzione del lavoro psicoterapeutico, nonché di comprensione della sintomatologia riportata. Dopo la condivisione con la paziente relativa alle sue assenze, gli incontri si sono stabilizzati e diventati maggiormente regolari.

Un aspetto fondamentale che ha influenzato l'andamento iniziale della terapia è stato la non volontà della paziente di raccontare la sua sofferenza relativa agli episodi traumatici, rallentando di fatto la comprensione globale del profilo interno della paziente.

Inizialmente gli obiettivi espliciti della terapia sono stati definiti coerentemente con le richieste riportate:

- Ridurre la sintomatologia ansiosa e gli attacchi di panico al fine di ridurre lo stato di allarme e di minaccia che la paziente vive di continuo;
- Comprendere e condividere con Rebecca il suo funzionamento e le sue condotte compulsive al fine di individuare i fattori che mantengono il problema;
- Lavorare sul timore di colpa e sul senso di responsabilità.

È necessario sottolineare che Rebecca riporta come prioritaria la necessità di ridurre la sintomatologia ansiosa e l'insorgere degli attacchi di panico, che vive come particolarmente invalidanti.

Il raggiungimento del primo obiettivo viene fatto attraverso tecniche che portano Rebecca ad essere più consapevole di ciò che accade e comprendere gli aspetti cognitivi che intervengono nelle sue manifestazioni ansiose:

- **ABC e Condivisione del circolo del panico**, hanno permesso ad R. la comprensione dei vari stati mentali che insorgono durante l'attacco di panico e il ruolo dei fattori protettivi e degli evitamenti nel loro mantenimento;
- **Psicoeducazione** sull'ansia e i suoi correlati psicofisici;
- **Homework di automonitoraggio** hanno contribuito ad una maggiore comprensione degli aspetti cognitivi. La successiva discussione in terapia ha favorito in Rebecca la produzione di pensieri alternativi alle interpretazioni catastrofiche che fa delle sue reazioni fisiologiche "tensione muscolare, tachicardia → perdita di controllo";
- **Tecniche di gestione dell'ansia**. Gli esercizi di **controllo della respirazione** hanno fornito alla paziente strumenti pratici utili a gestire e contrastare la sua continua fame d'aria e in generale la gestione dell'ansia. Questo lavoro ha portato Rebecca a comprendere la sua sintomatologia ansiosa, riuscire a gestirla e auto-controllarsi anche all'esterno del setting terapeutico. Infatti, soprattutto grazie agli esercizi di controllo della respirazione e promuovendo la respirazione diaframmatica, R. ha imparato a tenere sotto controllo la sua ansia promuovendo in lei un maggior senso di padronanza ed efficacia, riducendo di conseguenza anche l'intensità così come la frequenza degli attacchi di panico.

Tale lavoro iniziale, finora descritto, è stato particolarmente importante in quanto ha permesso a Rebecca di imparare a gestire la sua ansia nonché a riconoscere i sintomi d'ansia e a non esserne più spaventata, ma l'aspetto più importante che segna il percorso della terapia è che Rebecca inizia a

considerare la possibilità di un cambiamento attraverso il lavoro terapeutico, favorendo così l'alleanza terapeutica e l'aderenza alla terapia.

Il clima di fiducia nei confronti del percorso terapeutico e della possibilità di alleviare la sofferenza legata alla sintomatologia, porta Rebecca, infatti, a esprimere la volontà di voler lavorare sulla sintomatologia ossessivo-compulsiva, venendosi a creare un rapporto paritetico collaborativo tra le due parti. Questa richiesta rappresenta un momento cruciale della terapia. Infatti, se da un lato stravolge gli obiettivi a breve termine interrompendo il lavoro previsto di esposizione all'ansia, dall'altro è indicativo del bisogno della paziente di lavorare sulla sofferenza ossessiva, che di fatto condurrà alla condivisione dei ricordi legati a traumi infantili, che vive come intrusivi.

Infatti, nel ricostruire lo schema di funzionamento e i meccanismi di mantenimento relativi alla sintomatologia ossessivo-compulsiva, Rebecca mette a fuoco ma soprattutto condivide per la prima volta nella sua vita con un'altra persona, seppur in maniera veloce, gli abusi sessuali subiti in età infantile. Emerge in Rebecca l'aspetto dell'indicibilità del trauma, i cui ricordi sono vissuti come troppo dolorosi e la difficoltà a raccontarli. Mi pongo in una modalità di ascolto attivo, porgendo domande alla paziente così da farla sentire accolta e rimandarle che può considerare lo spazio terapeutico un luogo dove affrontare ciò che è accaduto. Di fronte alla sua difficoltà di entrare a contatto con il vissuto traumatico, cerco di rassicurare Rebecca e mostrarle la mia disponibilità ad accogliere e contenere il suo vissuto doloroso qualora ravvisi di essere pronta a lavorarci, in modo da aumentare la fiducia nella terapia e sentire di poter trovare, attraverso il lavoro congiunto, una modalità funzionale per rielaborare e accettare l'esperienza traumatica. In seguito alla condivisione dell'evento in terapia, Rebecca sente l'effetto benefico di essersi liberata da un peso e *dall'angoscia che per più di 30 anni ha accompagnato tutta la sua vita*. Decide in maniera autonoma di dividerlo con il marito, senza dichiarare chi fossero le persone coinvolte. Ciò si traduce in un miglioramento, sia in termini di una maggiore vicinanza emotiva e sia nella loro intesa sessuale, del loro rapporto che per troppi anni era stato influenzato dalla sofferenza di Rebecca.

Viene condiviso con Rebecca come le sue esperienze traumatiche siano presenti nella sua testa e come alcuni stimoli scatenino in lei flussi di pensiero e memorie che vive come immagini intrusive che le impediscono di comprendere che il trauma appartenga al passato.

A questo punto della terapia la paziente comprende quanto la non rielaborazione e la non accettazione dei traumi passati contribuiscano alla sua sofferenza. Inizia a sentirsi parallelamente pronta a poter iniziare un lavoro in questa direzione che sia lento e graduale. Agli obiettivi sopracitati si aggiunge e diventa prioritario quello di lavorare sulla vulnerabilità, nel rispetto del

timing della paziente. Quest'ultimo obiettivo ha lo scopo di ridurre sia il senso di responsabilità sia il peso degli eventi traumatici sulla sofferenza attuale della paziente.

Questo lavoro risulta utile prima di poter utilizzare strategie volte a legittimare la paziente alla possibilità di abbassare la guardia e ridurre il suo senso di dovere rispetto alle condotte compulsive così come al lavoro di esposizione alla minaccia prefissato attraverso la tecnica E/RP.

Prima di lavorare sulle memorie traumatiche sono state introdotte tecniche di Mindfulness al fine di preparare la paziente all'esposizione dei ricordi traumatici, con lo scopo di imparare ad osservare i propri processi mentali senza giudicarli e incrementare in lei la sensazione di riuscire a stare nel momento presente con una maggiore autoconsapevolezza corporea. Inoltre, sono stata insegnate alla paziente tecniche di Sensorimotor, attraverso l'utilizzo di Risorse somatiche, utili per acquisire tecniche di autogestione corporea e stabilizzazione dell'attivazione neurovegetativa.

Valutazione di esito parziale

L'esposizione all'evento traumatico non è stata mai realizzata a causa di sopraggiunti problemi di salute di Rebecca nell'ultimo periodo e della conclusione del mio tirocinio per cui non è stato possibile dare continuità alla terapia all'interno del Centro di Salute Mentale.

Durante l'ultimo incontro Rebecca mi riferisce la volontà di continuare il percorso terapeutico all'esterno, riprendendo fuori dal contesto CSM. Nonostante le importanti difficoltà economiche familiari, Rebecca sentiva l'appoggio da parte della famiglia, e soprattutto del marito, nel continuare il lavoro terapeutico dato il miglioramento percepito nel periodo di terapia. Infatti, l'insonnia si era notevolmente ridotta, così come le manifestazioni dei sintomi di ansia che riusciva maggiormente a gestire. Gli aspetti di controllo, seppur ancora presenti, erano di minore intensità così come la loro frequenza. Rebecca riusciva a essere maggiormente compassionevole verso se stessa, riducendo il vissuto di colpa per ciò che era accaduto.

Vengo contattata dopo circa due mesi (Febbraio 2020) dalla fine del tirocinio, e quindi della terapia, in cui erano ricominciati i sintomi di ansia nonché l'insonnia, entrambi notevolmente ridotti durante la terapia, e lamentava disturbi di memoria. Le sottolineo nuovamente la mia disponibilità a continuare il percorso intrapreso, che però non è stato mai ripristinato.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Carcione, A., Semerari, A., & Nicolò, G. (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Gius. Laterza & Figli Spa.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Liotti, G., & Costantini, M. (2011). La dissociazione nel disturbo ossessivo-compulsivo: una rassegna critica. *Cognitivismo Clinico*, (1).
- Mancini, F. (2001). Un modello cognitivo del disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia*, 22(23), 43-60.
- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo compulsivo*. Raffaello Cortina Editore.
- Perdighe, C., & Mancini, F. (2011). *Introduzione alla terapia cognitiva*. Perdighe C e Mancini F (a cura di) *Elementi di psicoterapia cognitiva*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Purdon, C. (2019). Le compulsioni: un fenomeno più complesso di quanto sembri. *Cognitivismo Clinico*, 16(1).

**Chiara Mignogna, Psicologa, Psicoterapeuta, Scuola di
Psicoterapia Cognitiva, SPC, Roma,
Training: Claudia Perdighe e Michele Procacci
e-mail: chiaramig87@hotmail.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

Disturbo Borderline in adolescenza: il caso di M.

Silvia Zappatore¹

¹ APC di Lecce

Riassunto

In questo lavoro viene descritto il caso di una giovane adolescente di 15 anni con diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) rilasciata dal servizio di Neuropsichiatria. La formulazione del caso evidenzia la presenza di caratteristiche tipiche del DBP ma anche la presenza di tratti istrionici che esacerbano e mantengono le modalità disfunzionali presentate dalla giovane paziente.

L'interesse clinico del lavoro risiede nella complessità del caso, nella descrizione dettagliata del funzionamento e delle strategie di intervento adottate. Sono descritte, inoltre, le difficoltà incontrate nel corso della terapia dalla psicoterapeuta, con riferimento sia ad aspetti relativi alla disregolazione emotiva della paziente sia al ciclo interpersonale di allarme.

Il trattamento riportato ha avuto avvio con la ricostruzione e la condivisione del profilo interno di funzionamento della paziente e sono stati perseguiti, nel corso della terapia, diversi obiettivi strategici quali il pronto riconoscimento dei propri stati mentali, l'apprendimento di modalità più funzionali di gestione e regolazione degli stati emotivi intensi, il miglioramento delle funzioni metacognitive di integrazione e differenziazione e sono stati messi a punto interventi volti a promuovere una maggiore auto-direzionalità e autonomia in relazione all'altro.

La formulazione del caso, la condivisione del profilo interno del disturbo con la paziente, un chiaro accordo condiviso su scopi e obiettivi del trattamento così come una relazione terapeutica salda hanno consentito di superare i momenti di impasse durante la terapia e di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Parole Chiave: Disturbo Borderline di Personalità; metacognizione; disregolazione emotiva

Summary

The present work describes the case of a 15-year-old teenager diagnosed by the Neuropsychiatry service, with Borderline Personality Disorder (BPD). The case formulation highlights the presence of typical characteristics of BPD but also the presence of histrionic traits that exacerbate and maintain the dysfunctional modalities presented by young patient.

The clinical interest of the work lies in the complexity of the case, in the detailed description of the operation and the adopted intervention strategies. Moreover, the difficulties encountered by the psychotherapist during the therapy are described, with reference both to aspects relating to the patient's emotional dysregulation and to the interpersonal cycle of alarm.

The reported treatment had start with the reconstruction and sharing of the patient's case formulation and several strategic targets were pursued during the therapy, such as immediate recognition of one's mental states, learning of more functional modalities to manage and to regulate intense emotional states, improvement of metacognitive functions as integration and differentiation and have been developed interventions aimed at promoting greater adjustment of choices and autonomy in relation to the other people.

Silvia Zappatore, DBP in adolescenza: il caso di M, N. 26, 2020, pp. 114-128

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

The formulation of the case and its sharing with the patient, a clear shared agreement on the purposes and objectives of the therapy as well as a stable therapeutic relationship have allowed to get through the deadlock moments during the therapy and to achieve the objectives set.

Key words: Borderline Personality Disorder, metacognition, dysregulate emotions

Presentazione del caso:

M. è una ragazza adolescente, figlia adottiva di una coppia separata. I genitori adottivi, dopo la separazione, avvenuta quando M. era molto piccola, risiedono in città differenti. La ragazza è affidata alla madre ma mantiene i rapporti col padre e ha trascorso con lui alcuni periodi della sua vita. M. viene affidata ad una Comunità Educativa ed è seguita dal servizio di Neuropsichiatria Infantile della zona di provenienza. Nella cartella clinica personale, la diagnosi in dimissione dal servizio inviante è di Disturbo Borderline di Personalità.

Descrizione del problema

La prima richiesta d'aiuto viene fatta dalla ragazza stessa ad un servizio pubblico, preoccupata per i propri comportamenti autolesivi e nella speranza di poter ottenere "un aiuto concreto per cambiare la mia vita". I genitori, nel tentativo di aiutare la ragazza, richiedono un colloquio con lo psicoterapeuta che l'aveva avuta in cura al quale, tuttavia, la ragazza non si presenta. Successivamente, si rivolgono per un consulto presso la Neuropsichiatria di competenza dove si concorda il primo ricovero in una comunità. M. all'inizio riferisce di trovarsi bene in comunità tuttavia, ben presto, inizia ad avere difficoltà relazionali con gli altri utenti suoi coetanei e con gli educatori che lei ritiene non prendano sul serio la sua difficoltà ("mi trattavano con indifferenza...all'inizio mi chiedevano come stavo, facevano attenzione a me, poi hanno cominciato a pensare solo agli altri utenti"). Dopo pochi mesi M. riprende a tagliarsi e, in un ultimo episodio, viene ricoverata nuovamente.

M. giunge nella Comunità educativa attuale dopo quest'ultimo ricovero. La madre della ragazza riferisce di non riuscire a gestirla da sola perché "con lei si va dalle stelle alle stalle da un momento all'altro". Descrive la ragazza come facilmente irritabile, che rapidamente passa da stati di tranquillità a stati di rabbia estrema accompagnati da aggressioni verbali. Sempre secondo la madre, M rifiuta di aderire alle richieste e alle regole ribellandosi. Queste modalità sarebbero state presenti fin da quando M. era bambina ma, col tempo, sarebbero diventate di difficile gestione nel quotidiano.

Durante le prime sedute il colloquio con M. risulta difficile. La paziente fatica a ricostruire in

maniera cronologicamente chiara gli eventi che l'hanno portata al ricovero nella Comunità attuale. Racconta di sentirsi spesso in colpa, triste ed arrabbiata con tutti e racconta congruamente diversi episodi relazionali, attuali e meno attuali, in cui ha provato queste emozioni. Dice di sentirsi spesso "isolata" e sola anche quando è in compagnia come se fosse "invisibile agli occhi degli altri" e che questa condizione le dà una sensazione di "non esistere". Balza rapidamente da un argomento ad un altro e tende a descrivere la stessa persona (es. familiari o sé stessa) in maniera diametralmente opposta in momenti diversi del colloquio. Allo stesso modo descrive i compagni di scuola talvolta responsivi, attenti e affettuosi e, talvolta, indifferenti, lontani e poco empatici.

M. riferisce di aver pensato più volte al suicidio visto come gesto risolutivo per la sofferenza esperita e di averci provato diverse volte ingoiando farmaci che successivamente avrebbe vomitato o di aver provato a buttarsi giù dal balcone ma di essersi fermata pensando alla scena di lei per terra e ai volti inorriditi dei passanti. Al momento del colloquio le idee suicidarie risultano ancora presenti ma non viene riferito un chiaro piano per attuare il suicidio in termini di tempistiche o modalità. Inoltre sebbene poco consapevole delle sue difficoltà, riferisce di voler provare a capire cosa le sta succedendo attraverso la terapia.

Valutazioni psicodiagnostiche:

Alle Standard Progressive Matrices (SPM; Raven, 2000) ottiene un punteggio grezzo di 48 (corretto per sesso ed età 42) che si colloca al di sopra del 75° percentile. Alla WAIS – IV ottiene un punteggio globale nella norma (QI=93).

Alla prima somministrazione della Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Derogatis 2000, 2011), fatta in ingresso, ottiene i seguenti punteggi agli indici globali di disagio:

- GSI 54: il livello generale di disagio del soggetto è nella norma;
- PST 51: viene riportato un numero di sintomi che si colloca nel range medio relativo al campione di riferimento.
- PSDI 60: l'intensità media dei sintomi lamentati risulta da moderata ad elevata.

Nelle scale sintomatologiche emerge significatività per l'ipersensibilità (58); depressione (62); ansia (55) e psicoticismo (58).

Alla risomministrazione all'inizio del percorso psicoterapico della SCL-90-R (Derogatis 2000, 2011) si ottengono i seguenti punteggi agli indici globali di disagio:

- GSI 53: il livello generale di disagio del soggetto è nella norma;
- PST 52: viene riportato un numero di sintomi che si colloca nel range medio relativo al campione di riferimento.

- PSDI 56: l'intensità media dei sintomi lamentati risulta da moderata ad elevata.

Nelle scale sintomatologiche emerge significatività per la somatizzazione (61); l'ipersensibilità (58); depressione (47); ansia fobica (57) e psicotismo (61).

A 12 mesi dall'inizio della terapia, viene risomministrata la SCL-90-R (Derogatis 2000, 2011) si ottengono i seguenti punteggi agli indici globali di disagio:

- GSI 45: il livello generale di disagio del soggetto è nella norma;
- PST 41: viene riportato un numero di sintomi al di sotto del range medio rilevato.
- PSDI 53: l'intensità media dei sintomi si colloca all'interno del range medio rilevato.

Nelle scale sintomatologiche emerge significatività per la somatizzazione (60) e psicotismo (55).

Al Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 (Butcher et al, 2001), somministrato a 12 mesi dall'inizio della terapia emerge, il seguente resoconto.

“Il profilo risulta caratterizzato da marcata preoccupazione riguardo al risultato del test e attenzione al giudizio dell'altro. La frequenza della sintomatologia riportata risulterebbe moderata con caratteristiche di egodistonia. Dal profilo emergerebbero difficoltà di fronteggiamento in condizioni di emergenza emozionale. Il punteggio descrive un profilo caratterizzato da moderata pervasività con possibili aree di disagio. In particolar modo si osservano tendenza ad abulia, sfiducia e pessimismo. È possibile che sia presente oppositività, ostilità ed aggressività tenendo in dovuta considerazione l'età della paziente e le tendenze quasi fisiologiche di questi aspetti. È possibile che sia presente tendenza all' acting-out in condizioni di attivazione emotiva.

Facendo riferimento agli assi di Diamond, si osserva un basso tono di energia e rallentamento. Si ipotizza una certa superficialità nelle decisioni e sopravvalutazione delle informazioni contestuali. Emerge, inoltre, una possibile difficoltà ad integrarsi in nuovi gruppi e scarsa tendenza ad adattarsi alle regole. Infine, emergerebbe una tendenza a non lasciarsi permeare da difficoltà, insuccessi e critiche e ciò comporterebbe una maggiore difficoltà a modifiche della condotta a partire dall'esperienza. Il profilo così delineato potrebbe essere compatibile con un quadro di reattività ad eventi particolarmente stressanti”.

Profilo interno del disturbo:

Gli stati mentali che caratterizzano il funzionamento di M. sono quelli relativi alla rabbia, alla preoccupazione, alla tristezza, al senso di colpa, alla vergogna ed al disprezzo per sé stessa.

Il rifiuto interpersonale, la critica e l'abbandono, reali o valutati come tali, sono trigger che

attivano questi stati mentali la cui forte intensità comporta disregolazione, maggiore caoticità nei contenuti di pensiero, difficoltà a differenziare i propri pensieri dalla realtà esterna, a prendere la prospettiva dell'altro e ad un'aumentata tendenza all'azione (impulsività).

Se tali premesse si realizzano, segue l'attivazione di un ciclo interpersonale invalidante caratterizzato da insulti nei confronti dell'altro, svilimento e denigrazione di ogni suo aspetto. Le emozioni di rabbia e disprezzo di sé diventano più intense e segue l'agito autolesivo (quali tagli, abbuffate, tentativi di soffocamento o ingestione dei farmaci) che riduce l'intensità delle emozioni spiacevoli. In maniera contingente, spesso, il contesto (figure affettivamente salienti) si orienta verso M. fornendo aiuto e attenzione ciò porta M. a descrizioni idealizzate dell'altro, ad una sua continua ricerca e a richieste di rassicurazione che hanno la funzione di far diminuire la percezione di minaccia di abbandono o rifiuto (Figura 1).

L'ipotesi diagnostica avanzata è quella di un Disturbo Borderline di Personalità (DBP) con tratti

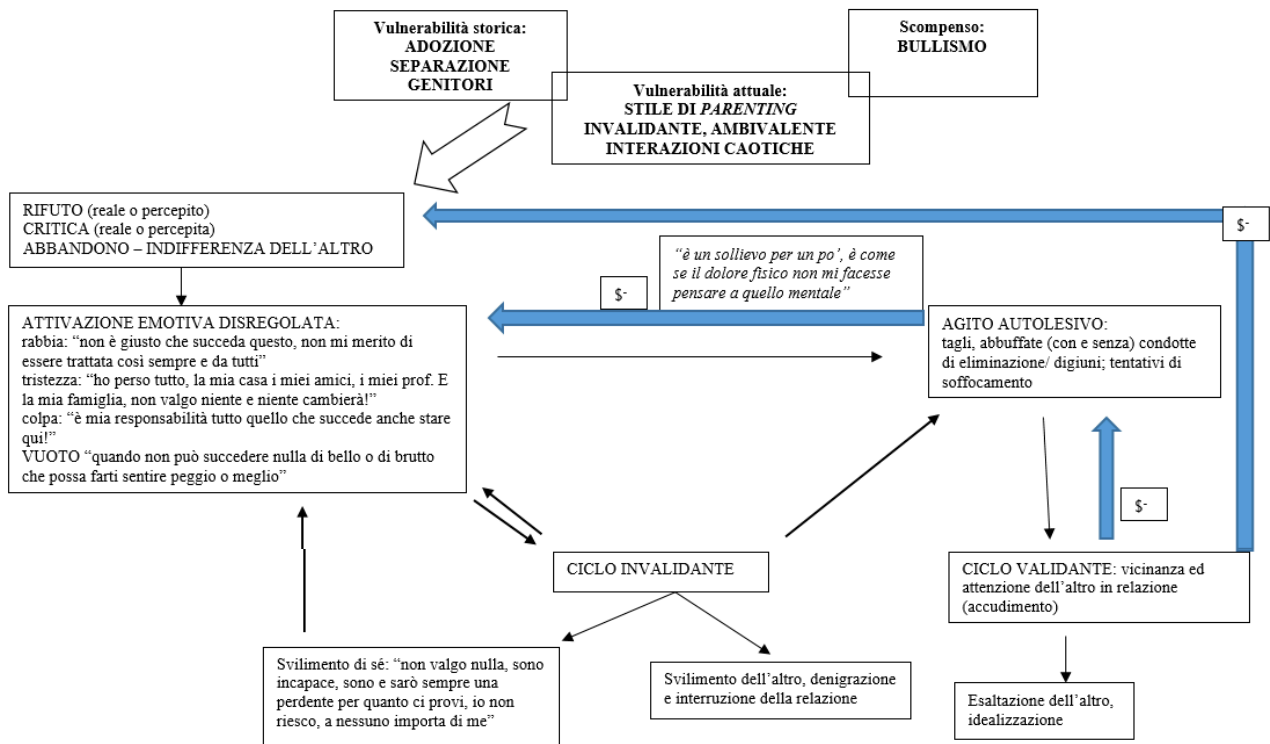


Figura 1: Profilo interno del disturbo di M

istronici.

Con riferimento ai criteri diagnostici contenuti nel DSM-5 relativi al DBP si osserva una

compromissione significativa del Sé, dell'umore e marcata impulsività. Sono presenti reazioni di rabbia, tristezza ed aggressività verbale in relazione al rischio reale o immaginario di abbandono, rifiuto e critica (Criterio 1).

A	B	C
È cambiato il giorno di terapia... dal martedì al venerdì...	<p>Perché lo ha fatto? Ci doveva mettere G.? Ma non era la mia terapeuta? E se col fatto che sta andando male interrompe le sedute?</p> <p>Come farò ad aspettare? ...è troppo tempo tra un appuntamento e l'altro. Ma si rende conto di come sto? La verità è che non gliene frega niente di me... a nessuno frega niente di me... mi ha aiutata finora ma se fa significa che non le importa se sto male.</p>	<p>Ansia</p> <p>Rabbia</p> <p>Si presenta in terapia poco collaborante, alza la voce "sei cambiata, non sei più la stessa! A te non interessa di me... io sono un numero come tutti gli altri!"</p>

È soddisfatto il criterio 2 relativo alla presenza di un pattern di relazioni interpersonali instabili e caratterizzate da svalutazione e idealizzazione. M. appare autocentrata e, nelle relazioni interpersonali, il comportamento è mosso dai propri bisogni e dai propri stati interni. Seppure è presente la capacità di accudire ed orientarsi all'altro, l'aspettativa rimane quella che l'altro ricambi nel momento di un suo bisogno. La capacità di prevedere le reazioni altrui sulla base della comprensione delle emozioni e dei desideri dell'altro appare ridotta e le persone affettivamente salienti, passano rapidamente da descrizioni fortemente idealizzate a descrizioni fortemente svalutanti senza possibilità di operare una sintesi tra le due.

A	B	C
In camera stesa su letto.	Mi mancano molto, stavo bene	Tristezza

<p>Ripenso ai miei compagni di ... c'è in camera N. anche lei stessa sul letto</p>	<p>quando ero lì... Se non fossi qui potrei ancora stare con loro e nella mia città con le mie cose Mi vede che sono triste, perché non fa nulla? Io ci sono per lei... ci sono per gli altri, sempre... a confortarli ma gli altri per me non ci sono mai....</p>	<p>Premo la faccia contro il cuscino Tristezza intensa Rimango a letto Rabbia intensa Resto a letto... non parlo...</p>
--	--	---

È soddisfatto anche il criterio 3 relativo ad un'alterazione dell'identità che appare instabile. All'inizio della terapia, si descrive in relazione al proprio comportamento ("sono un'autolesionista e se dovessi smettere di tagliarmi non sarei più io") e, quando tenta di distanziarsene, appare una forte autocritica e disprezzo di sé ("se io non fossi così, non sarei qui... sono sbagliata, diversa, non normale. È colpa mia se sto qua, se è successo tutto questo... se sparissi sarebbe meglio, ma non ho nemmeno quel coraggio"). L'identità sessuale appare poco chiara. Infine, M. riporta l'impressione di "non esistere" se l'altro non si accorge di lei e non le dà attenzione.

È presente impulsività marcata (Criterio 4). In condizioni attivanti, M. passa immediatamente all'agito senza che vi sia mediazione cognitiva riguardo agli obiettivi, ai rischi e agli esiti (es. rapporti sessuali non protetti, incolumità fisica).

A	B	C
<p>D. chiama in comunità per dire che il rientro non è andato bene. Il Dott. XY mi chiama e mi chiede cosa è successo a casa.</p>	<p>È una st*****a... non è vero che non è andato bene, ha voluto credere quello che voleva... fraintende sempre tutto e mi mette nei casini... si scandalizza per nulla...</p>	<p>Rabbia Urlo col Dott. XY "tu non capisci, non ve ne frega niente di me... credete a lei, si inventa le cose... le cose non stanno come ha raccontato!" Racconto a N. cosa mi ha costretto a fare D..</p>

Si osserva affettività negativa caratterizzata da rapide fluttuazioni dell'umore, frequente preoccupazione e stati di rabbia riferiti al timore di essere rifiutata, criticata e alla separazione dagli altri significativi (Criterio 6). M. descrive spesso stati in cui si sente "vuota", situazioni in cui "non c'è niente, di bello o di brutto, che possa succedere e che ti possa far sentire meglio" (Criterio 7); in questo stato appare più probabile la condotta parasuicidaria (Criterio 5) che talvolta è messa in atto per punirsi, talvolta per "non pensare al dolore mentale" e talvolta per ottenere l'attenzione ed aiuto dagli altri.

Le aspirazioni e gli obiettivi riguardo al proprio futuro appaiono poco chiari. La capacità di auto-direzionarsi pianificando step progressivi che possano portare al raggiungimento degli obiettivi risulta labile, strettamente connessa alla marcata fluttuazione emotiva e a standard irrealistici.

Con riferimento ai tratti istrionici, si osserva la tendenza a ricercare l'attenzione degli altri attraverso diverse modalità: descrizioni esagerate di episodi di vita o del proprio stato fisico e comportamenti seduttivi caratterizzati da continui complimenti, richieste eccessive e regali. L'attenzione dell'altro definisce la stessa possibilità di esistere e percepirsi ("se l'altro non mi vede, mi mette in disparte, io non ci sono... è come se non esistessi... invisibile"). L'espressione delle emozioni risulta a volte drammatica e, altre volte, superficiale. Le relazioni sono valutate più intime di quanto in realtà non lo siano. Semplici conoscenti sono descritti come amici e le interazioni, anche brevi, sembrano sufficienti a farle credere di conoscere adeguatamente una persona. Sulla base di questa insufficiente conoscenza, M. fa previsioni riguardo le reazioni degli altri portando, spesso, ad interazioni disfunzionali che fanno allontanare l'altro.

Fattori di mantenimento:

Il frequente ricorso all'agito autolesivo è mantenuto sia da una percezione soggettiva di riduzione della sofferenza legata alla disregolazione emotiva che dall'orientamento dell'attenzione degli altri nei confronti della paziente nel tentativo di riportarla ad uno stato di calma (vantaggio secondario).

Le modalità relazionali disfunzionali caratterizzate da una frequente oscillazione tra cicli validanti ed invalidanti mantengono un senso di indegnità riferito alternativamente a sé e agli altri. Il ciclo interpersonale validante, caratterizzato da descrizioni idealizzate di coloro che con maggiore frequenza e probabilità si orientano, in termini di accudimento, nei confronti della paziente a seguito dell'agito autolesivo o dopo aver messo in atto modalità istrioniche di richiesta di attenzione, riduce il timore che lei possa essere indifferente agli altri ("non esistere"), che possa essere rifiutata o che possa essere abbandonata. Qualora l'altro non si orienti, così come nelle

modalità attese da M., emerge l'attivazione di un ciclo interpersonale invalidante caratterizzato dall'acuirsi della disregolazione emotiva con intensa rabbia, disprezzo e profondo senso di indegnità dell'altro che, a ben vedere, costituiscono le emozioni che lei stessa prova nei suoi riguardi immediatamente dopo l'emissione del comportamento autolesivo e nelle situazioni di critica e abbandono (reverse).

La caoticità e la scarsa integrazione sono mantenuti da diversi fattori. Anzitutto si osserva uno stile di parenting ambivalente. I genitori esprimono disponibilità di riaccoglierla e progettualità riguardo al futuro nel momento in cui M. è lontana salvo poi segnalare rifiuto nel momento in cui M. rientra o progetta il proprio futuro. È presente difficoltà nel fornire ad M. regole e limiti chiari che talvolta appaiono rigidi ed imm modificabili, altre volte vengono modificati in relazione alla quantità e alla intensità delle esplosioni di rabbia e degli agiti autolesivi e, altre volte ancora, decadono in dipendenza della volontà di chi li ha imposti e senza che segua una sensata spiegazione rendendo imprevedibile la condotta dell'altro.

Vulnerabilità:

La scoperta di essere stata adottata fatta da M. è stata vissuta come un tradimento (“quella che pensavo fosse la mia famiglia non era lo era”). M. riporta di sentirsi trattata diversamente dal fratello minore, a causa di continui confronti riguardo alle sue capacità (es. “alla sua età tu coloravi malissimo, guarda lui, invece...”).

La descrizione che fornisce, ricostruendo la sua storia di vita, relativa all'ambiente familiare appare caratterizzata da conflittualità tra i genitori alla quale viene spesso esposta sentendo, alternativamente, insulti di un genitore nei confronti dell'altro (es. “quando ero con papà sentivo parlar male di mamma e quando ero con mamma sentivo parlar male di papà”). Anche le modalità di gestione e le pratiche educative appaiono particolarmente polarizzate tra i due genitori: “con uno era come stare in carcere: mille regole! E con l'altro, invece, potevo fare quello che volevo.”

La relazione con le figure di riferimento è invalidante e caotica: M. riferisce spesso di insulti che le venivano rivolti in occasione di discussioni o litigi e di numerose volte in cui si verificava una vera e propria inversione dei ruoli dovendo lei provvedere alla gestione della quotidianità provvedendo ai pasti e alla pulizia della casa.

Anche la relazione con i coetanei è caratterizzata da scarsa regolarità, visti i continui trasferimenti, da critiche e rifiuti. Racconta di essere stata vittima di bullismo da parte di alcuni compagni di scuola che la canzonavano per il suo aspetto fisico. Fa risalire a quegli anni la prima condotta di autolesionismo, i dimagrimenti, le abbuffate e i digiuni.

Le poche informazioni che si hanno sulla famiglia d'origine fanno riferimento a familiarità per disturbi psichiatrici.

Terapia:

La ricostruzione e la condivisione del profilo interno di funzionamento, fatto assieme alla ragazza, è stato il primo step fondamentale nel percorso terapeutico di M. che ha portato ad una progressiva riduzione delle oscillazioni tra atteggiamenti di compiacenza e atteggiamenti di diffidenza nei miei confronti osservabili nei primi colloqui; ha favorito un clima di collaborazione che ha caratterizzato l'intera terapia e, ha motivato ad una reale disponibilità di M. a mettere in discussione le modalità disfunzionali che via via individuavamo insieme.

Il primo obiettivo che M. ha riportato di voler raggiungere è quello di "voler riprendersi la propria libertà" operazionalizzato, poi, in "uscire dalla comunità". Sotto-obiettivi necessari al raggiungimento dell'obiettivo scelto sono l'interruzione immediata dei comportamenti autolesivi e l'acquisizione di maggiore consapevolezza delle proprie modalità relazionali disfunzionali caratterizzata da cicli di invalidazione/idealizzazione dell'altro.

Il contratto terapeutico prevedeva la presa in carico in co-terapia con lo psicoterapeuta di comunità e due incontri settimanali con M. della durata di un'ora uno con me ed uno con il collega. Il co-terapeuta si è occupato di regolare gli aspetti contestuali della comunità al fine di favorire il processo di cambiamento, di monitorare frequentemente lo stato di M., di supervisionare il mio lavoro e l'andamento delle sedute adeguando le strategie scelte in relazione allo stato della ragazza. Si è dato prosieguo alla presa in carico farmacologica con: Litio, Risperidal e Tranquirit (al bisogno).

Al fine di poter raggiungere gli obiettivi condivisi è stato necessario e fondamentale stabilire obiettivi strategici:

- Imparare a riconoscere prontamente gli stati mentali in cui M. transita rapidamente soffermandosi su ciascuno di essi ed individuando i contenuti mentali che li caratterizzano.
- Imparare modalità più funzionali di regolazione degli stati emotivi intensi a cui poter fare ricorso nei momenti di crisi.
- Migliorare gli aspetti integrativi introducendo una riflessione sulla possibilità di poter sintetizzare aspetti antitetici relativi al comportamento di una stessa persona.
- Migliorare le abilità di differenziazione al fine di frenare l'impulso ad agire sull'onda di un pensiero.
- Aumentare la consapevolezza delle modalità di relazione che risultavano essere

caratterizzate da una costante ricerca di rassicurazione, di essere presente nella mente dell'altro e che minavano l'autonomia e l'auto direzionalità della ragazza.

È importante qui considerare i punti di forza e le risorse di M. all'inizio della terapia: discrete abilità metacognitive di monitoraggio definito come la "capacità di riconoscere le emozioni ed i pensieri che costituiscono uno stato mentale, le motivazioni e gli scopi sottesi al comportamento nonché di cogliere le relazioni tra pensieri ed emozioni" (in Carcione A., Nicolò G., Semerari A. Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità. 2016, Editori Laterza, pag.27); abilità cognitive in norma come dimostrato dalla testistica e, sebbene vi sia difficoltà nella regolazione delle scelte e standard irrealistici, progettualità per il proprio futuro fuori dalla comunità.

A fronte dei punti di forza, con M. ho iniziato introducendo e insegnandole a compilare gli ABC con le finalità di aiutarla a comprendere il passaggio tra uno stato mentale e l'altro (a), allenarla a focalizzare la propria attenzione sui pensieri che caratterizzano l'emozione per rallentare e ridurre la tendenza all'azione (b), diventare consapevole della relazione diretta tra l'intensità delle emozioni provate e la numerosità e la caoticità dei contenuti di pensiero (c) e favorire gli aspetti di integrazione (d). M. faceva continuo ricorso a generalizzazioni (es. "non mi va mai niente bene", "a nessuno importa nulla di me", "tutte le volte che ho provato a chiedere aiuto, nessuno mi ha mai aiutata"), all' affect as information (es. "mi sono svegliata ed ero triste, si vede che ho motivi per esserlo... voglio dire, se mi sento così allora vuol dire che ho dei motivi per esserlo"), al jumping to conclusion (es. "se ha detto che non può venire a prendermi allora vuol dire che non mi vuole a casa...").

Durante le prime sedute, ho dedicato parte del tempo per insegnare ad M. la funzione delle emozioni che provava con maggiore frequenza ed intensità e ad osservarne i correlati fisiologici per favorire un pronto riconoscimento dell'emozione provata e la tendenza all'azione della stessa. Tale attività di psicoeducazione è stata funzionale ad esplorare modalità differenti per ridurre lo stato di attivazione e disregolazione emotiva: scrivere un diario o farsi una doccia in un momento di tristezza, disegnare, sciacquarsi la faccia e i polsi con l'acqua fredda in caso di forte rabbia, guardare un film, ascoltare una canzone, aiutare qualcuno in una faccenda domestica sono state alcune delle strategie scelte ed utilizzate con maggiore frequenza ed attualmente ancora in uso.

I comportamenti parasuicidari si sono ridotti per frequenza dopo circa due mesi di terapia. A ciò hanno contribuito oltre che le tecniche direttamente mutuata dalla DBT, anche la collaborazione degli educatori che ricevevano istruzioni dal co-terapeuta riguardo ad un maggiore controllo

ambientale e all'introduzione di rinforzi positivi di tipo sociale ogni qualvolta la ragazza utilizzasse modalità differenti per autoregolare la disregolazione emotiva o per richiedere aiuto ed attenzione.

Dopo circa 10 mesi di terapia si è registrata assenza di comportamenti autolesivi, stabilità delle fluttuazioni dell'umore ed aumento delle attività che la ragazza svolgeva fuori dalla comunità. Anche gli aspetti di integrazione erano migliorati radicalmente: le descrizioni dei propri comportamenti e di quelli altrui venivano fatte sintetizzando aspetti antitetici e in considerazione delle contingenze che con maggiore probabilità li avevano determinati. Iniziavano a migliorare anche gli aspetti di prevedibilità delle reazioni degli altri.

Tuttavia, in quel periodo, M. subisce un grave lutto. L'episodio ha portato ad un periodo di crisi durato circa 1 mese e mezzo in cui tutti i miglioramenti fin qui descritti sembrarono sparire. La rapida deflessione dell'umore ha portato ad una drastica riduzione delle attività. Sono apparsi sentimenti di intensa rabbia nei confronti della persona defunta; pensieri di responsabilità riguardo la sua morte; profondo senso di colpa per gli stessi sentimenti di rabbia e disprezzo per sé stessa per non averne potuto impedire la morte. I contenuti di pensiero erano diventati nuovamente caotici e meno integrati. Nei momenti di maggiore caoticità, ogni tentativo di riportarla a rallentare e a riflettere su quanto appena espresso diventava trigger per scoppi di rabbia ed aggressività verbale rivolta all'operatore. M. raccontava con maggiore frequenza di episodi di derealizzazione in cui le sembrava che le cose intorno "fossero come un sogno, che sfumavano". In seduta, spesso, vi erano momenti di silenzio ogni qualvolta si parlava della persona defunta e sembrava quasi non essere più presente deviando lo sguardo e chiedendo più volte di ripetere quanto detto perché "non ho sentito, mi sono distratta".

Anche la relazione terapeutica ne ha risentito fortemente. In quel periodo sentivo di essere fortemente preoccupata per quanto stava accadendo a M. Immaginavo diversi esiti catastrofici e mi sembravano tutti ugualmente probabili. Mi sentivo confusa rispetto alle reazioni di M. che, in seduta, passava rapidamente da stati di forte attivazione rabbiosa, disprezzo, colpa e disperazione a stati di distacco dissociativo in cui sembrava che non le importasse di nulla e che sarebbe stata capace di tutto indipendentemente da ciò che avrei detto o fatto. Avevo l'impressione che ci fosse qualcosa di urgente da fare ma non riuscivo a comprendere esattamente cosa. Quando si avvicinava il giorno dell'appuntamento avvertivo un crescente stato di ansia rispetto a cosa avrei dovuto fare in seduta e spesso, nel tentativo di farla stare meglio, cercavo di riportarla su argomenti diversi dal lutto cercando di evitare una maggiore disorganizzazione ma ottenendo l'esatto contrario.

La supervisione mi ha permesso di capire il senso di quello che stava succedendo: ero in un

ciclo di allarme e al contempo stavo evitando, esattamente come stava evitando M., il lutto e le emozioni ad esso correlate. La comprensione di questo aspetto mi ha reso più chiaro anche quello che M. stessa mi riferiva: di non riconoscermi, di non sentirsi capita e di sentirsi delusa.

L'incrinarsi della relazione terapeutica, la maggior frequenza di episodi dissociativi, la ricomparsa dei comportamenti autolesivi durante il periodo di crisi e la comprensione che io ero in un ciclo d'allarme sono l'occasione di rimettere in discussione gli obiettivi della terapia e fare una riflessione sul periodo che sta vivendo.

Per 3-4 sedute parlo con la ragazza del lutto che ha avuto. Comprendiamo che la rabbia, il senso di colpa ed il disprezzo per sé stessa sono preceduti da una intensa tristezza non solo per la perdita fisica ma anche per la perdita di tutti gli scenari futuri possibili a cui lei aveva spesso pensato e su cui aveva fantasticato. La morte rappresentava uno stop forzato a quei desideri e la necessità di dover ripensare completamente al suo futuro. Questa situazione le provocava profonda ansia e la sensazione di non avere chances. A questo contribuiva il peggioramento delle sue condizioni di cui sembrava essere consapevole e che le faceva presagire l'idea di non poter più uscire di comunità prefigurandosi un futuro in altre strutture.

Dopo queste sedute, M. stessa ha richiesto di modificare l'obiettivo di uscire dalla comunità motivando di dover prima imparare a “non inventare scuse per evitare di impegnarmi in attività ogni qualvolta mi sento triste o arrabbiata o in colpa”; di dover migliorare la sua abilità di chiedere aiuto agli altri e di non voler più farsi del male. Esprime, inoltre, la volontà di voler imparare a relazionarsi con le persone affettivamente importanti evitando modalità disfunzionali finalizzate al controllo dell'altro e della relazione.

I nuovi obiettivi diventano lo spunto per riprendere la riflessione della rappresentazione di sé. M. si sente “sbagliata e diversa” e a queste rappresentazioni sono associate la rabbia, l'ansia, la tristezza, il senso di colpa e il disprezzo per sé stessa. Sbagliata vuol dire, per M., una persona che non è come gli altri, che “fa casini con gli altri, che fa sempre la cosa sbagliata”. Questa descrizione ha consentito di introdurre una riflessione su come la descrizione di un comportamento, “fare la cosa sbagliata”, diventa la descrizione di come una persona è: “essere sbagliata”. Recupera altri esempi che vanno in questa direzione (es. essere autolesionista; essere quella che vuole stare sempre al centro dell'attenzione) e, col tempo, diventa attenta a riformulare quanto dice ogni qualvolta applica questa modalità di ragionamento.

L'ansia, il disprezzo, la rabbia e la tristezza dipendono anche dal sentirsi “diversa” dagli altri che vuol dire “non normale” e che questo è strettamente associato al timore di essere lasciata sola, non

degnata di essere amata. A fronte del profilo interno condiviso e, facendo riferimento alla sua storia di vita ed in particolare alla quantità di volte in cui è stata esposta a giudizi che mettevano in luce i punti di differenza dall'altro più che quelli di somiglianza, anche come metro di giudizio sull'amabilità, è stata introdotta una riflessione su quanto il concetto di "diversità" consente di differenziarci e renderci riconoscibili da altri proprio per le nostre differenze.

Dopo aver superato il periodo di crisi, M., attualmente, appare più stabile. Sono nuovamente incrementate le abilità di integrazione e anche le abilità di differenziare tra un pensiero e la realtà. Appare più consapevole del proprio funzionamento e, in vista di specifiche situazioni, richiede di focalizzare il contenuto della terapia sugli aspetti che riconosce essere ancora di difficile gestione.

Con M. stiamo affrontando la parte relativa alle modalità relazionali disfunzionali che, in una cornice di ansia che l'altro possa abbandonarla, criticarla o rifiutarla, appaiono costellate da continue richieste di rassicurazione di essere presente alla mente dell'altro e da ricerca costante di indizi che possano farle capire che lei è importante per l'altro. In questa ricerca spasmodica l'altro reagisce spesso allontanandosi a causa della frequenza e dell'invasività di questi atteggiamenti.

A fronte del bisogno di sapere di essere importante (degnata di essere amata) per qualcuno, che risulta dalla storia di vita di M. che spesso le ha dato prova del contrario, appare necessario che M. impari a non valutare come rifiuto ciò che in realtà non è un rifiuto (es. una separazione); impari a riconoscere e tollerare che il fatto di non essere costantemente pensata non è prova di rifiuto o segnale di abbandono e, infine, che impari ad accettare la critica e il rifiuto quando realmente presenti.

Infine, appare opportuno fare una riflessione su ciò che ha favorito il cambiamento durante questi mesi di terapia: l'uso terapeutico della relazione tra M. e me. Il bond positivo caratterizzato da comprensione e fiducia ha favorito una maggiore disponibilità a mettere in discussione ed affrontare contenuti particolarmente dolorosi e problematici che altrimenti venivano evitati o agiti. L'accordo chiaro e condiviso sugli scopi del trattamento e la rimodulazione flessibile degli stessi in relazione alle esigenze della paziente e del periodo di vita hanno fornito prova del fatto che spesso è necessario fare degli aggiustamenti considerando le contingenze che ci troviamo a vivere e, infine, il fatto di poter avere chiari i compiti e i ruoli reciproci ha consentito di gestire facilmente e senza grosse rotture dell'alleanza terapeutica i momenti più delicati del percorso. Di fatto, la relazione terapeutica ha consentito a M. di fare esperienza diretta di modalità più funzionali di gestione le proprie reazioni emotive.

Bibliografia

- Carcione, A.; Nicolò, G.; Semerari, A. (2016). Curare i casi Complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità. Editori Laterza
- Derogatis, L. (2011). Manuale di somministrazione e scoring. Adattamento italiano di SCL-90-R (I. Sarno, E. Preti, A. Prunas, & F. Madeddu, a cura di). Firenze: Giunti, Organizzazioni Speciali.
- Derogatis, Leonard R.; Savitz, Kathryn L. (2000). "The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care". In Maruish, Mark Edward (Ed.). Handbook of psychological assessment in primary care settings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. pp. 297–334. ISBN 978-0-8058-2999-0. OCLC 42592750.
- Raven J.; Raven, J. C.; Court, H. H. (2000). Raven manual: Section 3. Standard Progressive Matrices. Oxford: Oxford Psychologists Press, Ltd.
- Butcher J.N., Graham J.R., Ben Porath Y.S., Tellegen A.M., Dahlstrom, W.G., Kreamer B. (2001). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2(MMPI-2): Manual for administration and scoring. (Rev. Ed.) Minneapolis: University of Minneapolis Press.

Silvia Zappatore, Psicologa, Lecce
Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Semerari e
Buonanno

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