psicoterapeuti in-formazione

2021, NUMERO 27

Caregiving e Demenza
Gli ingredienti cognitivi della perdita e il trattamento CBT/ACT del lutto ambiguo

Lucia Anna Belviso[1]

[1]Psicologa- Psicoterapeuta, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari

Riassunto

In alcuni casi, a causa di alcune disposizioni personali e di alcuni fattori interni o esterni alla persona, il processo di accettazione della perdita di un bene, conosciuto come lutto se il bene perduto è una persona cara, si blocca, si prolunga nel tempo e si intensifica, divenendo patologia. Le perdite caratterizzate da aspetti di incertezza, definite perdite ambigue, rappresentano un rischio maggiore di lutto complicato e patologico. Attualmente è possibile individuare e definire due tipi di perdita ambigua. La prima si riferisce a quei casi in cui un individuo è psicologicamente presente nella mente della famiglia ma fisicamente assente (es. una persona scomparsa). Il secondo tipo di perdita ambigua si verifica quando la persona è fisicamente presente ma psicologicamente assente, come nel caso delle persone affette da demenza. Sarebbe riduttivo considerare la sofferenza emotiva dei caregivers come solo conseguenza del carico psicologico nella cura del proprio caro e dunque diviene importante iniziare a trattare in clinica l'esperienza del caregiver come un vissuto di lutto vero e proprio e di perdita relazionale che comporta anche una perdita del senso di sé. Tra gli strumenti più validi per intervenire sul processo di elaborazione del lutto nel caregiver del malato di demenza ritroviamo in letteratura studi di efficacia sull'approccio integrato di CBT e ACT.

Parole Chiave: perdita, lutto patologico, perdita ambigua, demenza, caregiving, CBT, ACT

Caregiving and dementia. The cognitive elements of loss and CBT/ACT treatment of ambiguous loss

Summary

In some cases, due to some personal dispositions and some factors internal or external to the person, the process of accepting the loss of a good, known as mourning if the lost good is a loved one, stops, prolongs in time and intensifies, becoming pathology. Losses characterized by aspects of uncertainty, called ambiguous losses, represent a greater risk of complicated and pathological grief. At present, two types of ambiguous loss can be identified and defined. The first refers to those cases where an individual is psychologically present in the mind of the family but physically absent (e.g. a missing person). The second type of ambiguous loss occurs when the person is physically present but psychologically absent, as in the case with people with dementia. It would be simplistic to consider the emotional suffering of caregivers as a mere consequence of

Lucia Anna Belviso, Caregiving e Demenza Gli ingredienti cognitivi della perdita e il trattamento CBT/ACT del lutto ambiguo *N. 27, 2021, pp. 3-26.*
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.itt

the psychological burden in the care of one's loved one and therefore it becomes important to start treating the caregiver's experience in the clinic as a real experience of grief and relational loss that also involves a loss of sense of self. Among the most valid tools to intervene on the grieving process in the caregiver of the dementia patient, we find in the literature efficacy studies on the integrated approach of CBT and ACT.

Key words: loss, Pathological Grief, ambiguous loss, dementia, caregiving, CBT, ACT

La normale reazione alla perdita: il lutto sano

I disturbi depressivi sono il risultato di un blocco nel processo di accettazione della perdita di un bene, generalmente conosciuto come lutto se il bene perduto è una persona cara (Rainone e Mancini, 2018). Nel processo evolutivo del lutto possono essere riconosciute due fasi di lutto normale. La prima forma, detta "lutto acuto" (*acute grief*), è immediatamente successiva alla morte ed è caratterizzata da alterazioni emotive molto intense come profonda tristezza, umore disforico, crisi di pianto, intensa angoscia, disturbi del sonno, inappetenza, difficoltà di concentrazione, disinteresse verso tutto ciò che non è strettamente correlato con la perdita del proprio caro.

Nella fase successiva (*integrated o abiding grief*) la morte della persona cara viene integrata alla vita della persona a lutto. Il bene perduto viene ricordato con più felicità e serenità nonostante il pattern di emozioni negative associate alla perdita.

Il lutto sano solitamente evolve spontaneamente verso la risoluzione entro un anno dalla morte e la maggior parte delle persone riesce ad accettare la perdita e a riprendere il normale funzionamento psicosociale pre-lutto, avendo integrato la perdita nella loro memoria e nella loro vita. Eventi significativi come feste, anniversari, compleanni o altri eventi drammatici, possono, però, associarsi ad episodi di riacutizzazione della sintomatologia (Shear & Shair, 2005).

Bowlby e Parkes (1973;1980) hanno individuato 4 fasi che si susseguono nel tempo, che si muovono in un continuum tra i tentativi angosciosi e tormentati di recupero del bene e accettazione della perdita e dunque riorganizzazione della propria vita nonostante la perdita (lutto sano).

La prima fase è caratterizzata da un sentimento di incredulità e stordimento dove chi ha subito un lutto non riesce a comprendere quanto avvenuto. Lo stordimento è caratterizzato da una calma innaturale che può essere interrotta improvvisamente da stati di rabbia, disperazione e panico.

Nella seconda fase di ricerca e protesta, la perdita diventa più consapevole e per tale motivo l'esperienza è caratterizzata da intenso dolore, ansia, angoscia, disperazione, rabbia, mancata rassegnazione, tendenza a ricercare il bene perduto, fino a pensare al suicidio come modo per riunirsi alla persona perduta. La terza fase è caratterizzata da una forte disperazione e da un'intensa disorganizzazione che sfocia in umore depresso e sensazioni di vuoto e tristezza. Tale stato mentale è conseguente alla consapevolezza che tutti gli sforzi per riavere la persona perduta sono inutili e senza speranza. Nella fase dell'accettazione, l'ultima, il dolore progressivamente diminuisce e aumenta l'attenzione e l'interesse per il resto del mondo.

L'accettazione comporta sempre due processi: la rinuncia al bene perduto e l'investimento in altri beni (Mancini e Perdighe, 2012): l'individuo a lutto tende a bloccare tutti quelli agiti e quelle condotte orientate al recupero del bene perduto (scopo compromesso) e si impegna a costruire nuovi

comportamenti e nuove abitudini in direzione di scopi ancora realizzabili e non irrimediabilmente compromessi dalla perdita.

Secondo Perdighe e Mancini (2010) il processo di accettazione dovrebbe partire dalla ristrutturazione di alcune credenze che caratterizzano lo stato mentale del lutto.

L'individuo a lutto dovrebbe modificare la credenza secondo cui ha il potere di riavere il bene perduto e accettare l'idea che il bene perduto è irrimediabile e irrecuperabile. Dovrebbe ristrutturare la credenza che riavere la persona persa sia un suo diritto e che ha il dovere di fare di tutto per evitare che la perdita diventi ancora più devastante e sofferente.

Infine dovrebbe modificare la credenza circa la centralità e l'insostituibilità del bene perduto e il fatto che tale perdita comprometta anche il proprio valore. Questa credenza blocca il processo di accettazione e l'investimento in altri beni.

La personalità pre-depressiva e gli aspetti individuali che possono compromettere il normale processo di accettazione della perdita

Beck (1979) ha individuato due organizzazioni di personalità pre-depressive che renderebbero l'individuo più vulnerabile alla patologia depressiva.

Secondo l'autore, la personalità sociotropica è caratterizzata da una particolare sensibilità al mantenimento delle relazioni, quindi gli eventi avversi si riferiscono soprattutto alla perdita affettiva (lutto); l'individuo che la possiede sembra valutare il proprio valore personale sulla base delle relazioni intime che trattiene. Va da sé che se una relazione intima che l'individuo ritiene importante smette di esistere, sarà compromesso anche il suo valore personale. La sintomatologia depressiva manifestata da questa personalità sarà di natura fisica come il pianto, disregolazione alimentare, insonnia, rallentamento psicomotorio, disturbi neurovegetativi (Rainone, Mancini 2018). Le persone che hanno una personalità autonoma sembrano essere maggiormente sensibili alla propria indipendenza e al successo personale; il valore personale sembra basarsi sul proprio successo, sulla propria autonomia e produttività. Insuccessi lavorativi, il matrimonio, la nascita di figli sono eventi che possono mandare in crisi una persona con questa personalità e a differenza delle personalità sociotropica, qui la sofferenza si manifesta con giudizi di vergogna, di auto-svalutazione e di auto-critica.

L'individuo diviene più vulnerabile alla patologia depressiva oltre che per una organizzazione personologica di base anche per alcune caratteristiche individuali che contribuirebbero a bloccare nel lutto e a mettere a rischio di depressione in quanto portano ad un aumento del valore della perdita perché tale perdita si collega a valori personali del sé in termini di amabilità, adeguatezza, dignità. Mancini, Rainone, Perdighe ne individuano sette:

1. il problema secondario ossia la tendenza a valutare negativamente la propria reazione depressiva e tutte le sue componenti e a usare strategie di coping disfunzionali per uscirne come l'autoimposizione di comportamenti, di emozioni e pensieri non depressivi o i tentativi di autoconvincimento in cui il paziente attraverso dialogo interno rumina e critica i suoi stati mentali.

Il fallimento dei tentativi di soluzione potrebbe essere a sua volta oggetto di valutazioni negative con l'effetto di un aumento ulteriore dello stato depressivo in un circuito di auto invalidazione ricorsiva (Mancini e Rainone, 2008; Mancini e Semerari 1991).

2. la *depressive sensitivity*: ossia il timore delle componenti somatiche, cognitive ed emotive dell'arousal automatico della reazione depressiva, che viene interpretato come minaccia della propria funzionalità mentale.

3. *Affect as information*: cioè utilizzare lo stato affettivo come informazione rispetto alla gravità della perdita e alla possibilità di recuperarla o sostituirla.

4. Catastrofizzazione: la perdita è percepita come irrimediabile, drammatica, non rappresentabile in quanto compromette la rappresentazione di sé e della propria esistenza.

5. Standard normativi elevati: con la perdita del bene si tende a perdere anche la normalità della propria vita e la persona inizia a percepirsi meno autorizzata ad avere gli stessi diritti degli altri.

6. l'accettazione come perdita: accettare la perdita potrebbe compromettere ulteriormente il rapporto con il bene perduto e quindi causare un allontanamento ulteriore.

7. il progetto esistenziale povero: la persona che presenta un progetto di vita povera e poco articolato, caratterizzato da pochi scopi e obiettivi di vita ma iperinvestiti e inevitabilmente legati al valore personale potrebbe essere più vulnerabile a sviluppare un disturbo depressivo (Champion e Power, 1995).

Il lutto complicato

Si stima che una minima percentuale di persone a lutto, circa il 9,8 %, vada incontro ad un blocco nel normale processo di accettazione della perdita e reazioni acute e disfunzionali possono cristallizzarsi e perdurare nel tempo con un effetto invalidante e patologico (Lundorff et al., 2017).

Il lutto, oltre ad esiti emotivi e psicologici, può impattare negativamente anche su altre sfere personali. Dalla letteratura emerge come il sopravvissuto al lutto abbia maggiori possibilità di sviluppare disfunzioni cardio-vascolari, disturbi nel sonno, nell'appetito, con conseguente più facile ospedalizzazione e assunzione di farmaci (Stroebe e Stroebe ,2007; Van Den Berg et al., 2011).

Il lutto sembra essere associato anche ad una maggiore percentuale di suicidi. Il suicidio è visto come l'ultimo gesto estremo per ricongiungersi con la persona perduta.

Sebbene ogni lutto sia diverso dall'altro, non solo da individuo a individuo ma anche nello stesso soggetto che risponde a lutti di persone diverse, sembrano esserci degli elementi comuni che possono modificarsi nella forma, nell'intensità ma soprattutto nella durata (Lombardo et al., 2014).

Sulla base di questi elementi comuni Parkes (1972) ha cercato di concettualizzare l'elaborazione del lutto come processo a 5 fasi che si alternano. Per prima cosa la persona a lutto si mostra spaventata e allarmata e comportamenti come incapacità a stare fermi, difficoltà di concentrazione, tensione muscolare, difficoltà nella deglutizione, ne sono la dimostrazione. A ciò seguono comportamenti di ricerca e forte desiderio a recuperare il bene perduto associato a dolore e tristezza intensa. Successivamente tale dolore si alterna a momenti dove la sofferenza sembra essersi placata e

atteggiamenti come evitamenti o ruminazioni sono messi in atto con l'obiettivo di rendere la perdita meno reale e definita. L'ultima fase del processo di elaborazione del lutto prevede una riformulazione del proprio progetto di vita e della propria identità.

Anche Elisabeth Kubler-Ross propone un modello a fasi per l'elaborazione del lutto. La fase della negazione è caratterizzata da shock, da stordimento per la morte e dalla ricerca nel proprio ambiente della presenza del proprio caro; in questa fase la persona non riesce ad accettare di aver perso il defunto e come meccanismo di difesa nega a se stesso che questo sia davvero accaduto. La fase della rabbia è caratterizzata da frustrazione e rabbia che è generata dal profondo dolore provato e viene rivolta a se stessi, alle persone vicine, al destino, al mondo e al defunto stesso. La fase del patteggiamento è caratterizzata dalla speranza nel ritorno del proprio caro e l'individuo prega affinché questo possa accadere. La fase della depressione è caratterizzata da profonda tristezza e dolore per la realtà e l'irrimediabilità della morte. La fase dell'accettazione è caratterizzata dalla riorganizzazione e dal ritorno alla vita conservando i ricordi, senza che questo determini un dolore insopportabile; in questa fase la persona accetta quanto accaduto e prosegue la propria vita senza il defunto.

Tutti gli autori che condividono l'idea che il processo di elaborazione del lutto avvenga in fasi, condividono anche l'idea che sia il blocco in una di queste fasi a provocare il lutto patologico.

Il Disturbo da Lutto Persistente e Complicato

Con il DSM-5, sebbene ancora inserito nelle "condizioni che necessitano di ulteriori studi", il lutto patologico assume rilevanza clinica divenendo "Disturbo da Lutto Persistente e Complicato".

I criteri diagnostici riportati nel DSM-5 sembrano assimilabili alle reazioni depressive sane a seguito di un evento scompensante come quello di un lutto e dunque non sembrano essere specifici e differenziali per il lutto patologico. Alcune persone, però, sviluppano un processo di elaborazione del lutto più severo e più lungo rispetto alla popolazione generale. Si può quindi ipotizzare che le principali differenze tra una fisiologica elaborazione del lutto e un lutto patologico non sono i sintomi, che sembrano uguali in entrambe le situazioni, ma siano la maggiore intensità e durata di tali sintomi. Per fare diagnosi di "Lutto Persistente e Complicato" è necessario che siano trascorsi almeno 12 mesi dalla morte della persona cara (6 mesi per i bambini).

In lettura si riscontrano dei fattori che possono facilitare l'insorgenza del disturbo come: sesso femminile, anamnesi positiva per disturbi dell'umore o d'ansia, pregressi traumi o perdite, scarso supporto sociale, il tipo di relazione con la persona deceduta, l'eccessiva dipendenza dalla persona deceduta prima della morte, morti improvvise, inaspettate, violente, premature o dovute a suicidio o omicidio, morti avvenute in seguito ad un disastro ambientale o a seguito di malattie protratte, complicate e sofferte. Costituiscono ulteriori fattori di rischio il non essere presenti al momento della morte, o la convinzione di non essere stati abbastanza vicini e di conforto per il defunto, o dubbi circa le cure prestate e la perdita di un sostentamento economico come conseguenza di problematiche nella gestione di eventuali eredità (Carmassi et al., 2013).

La prevalenza del Disturbo da Lutto Persistente Complicato è circa del 2,4-4,8 %. Esso va differenziato da altre condizioni cliniche che manifestano un profilo sintomatologico simile.

Disturbo Depressivo Maggiore. Depressione e lutto possono essere entrambe reazioni alla perdita di un bene, la differenza sostanziale sta nelle caratteristiche del bene perduto, che assume le caratteristiche di persona cara nel lutto (Perdighe, 2018). In entrambe queste condizioni cliniche si ha la presenza di sintomi depressivi e tendenza al suicidio, ma nel lutto questi sintomi sono strettamente correlati alla persona deceduta. Rabbia, tristezza, senso di colpa non sono generalizzati come nel disturbo depressivo ma sono specificatamente collegati alla perdita della persona cara; le autosvalutazioni e le autocritiche sono presenti in entrambi i disturbi, ma nel disturbo da lutto complicato l'autostima della persona a lutto è preservata; così come la generale anedonia, il ritiro sociale che caratterizzano la depressione sembrano non essere elementi specifici nel lutto che è invece associato alla ricerca di vicinanza con la persona persa e l'evitamento di tutte quelle situazioni che possono elicitare ricordi, emozioni, pensieri associati alla persona deceduta. Nel lutto complicato il soggetto è convinto che tutto tornerebbe alla normalità se solo la persona persa tornasse in vita, questo manca nella depressione dove il soggetto sente che non c'è più possibilità alcuna di essere felice (DSM-5).

Disturbo da stress post traumatico (PTSD). In entrambe le condizioni sono presenti pensieri intrusivi, ricordi associati al trauma e condotte di evitamento ma nel PTSD esse sono attivati dall'evento stesso e attivano uno stato di minaccia che va appunto evitato o ridotto, nel lutto i pensieri intrusivi sono finalizzati al recupero della persona persa e l'evitamento ha a che fare con i ricordi della persona morta e riguarda sia aspetti positivi che negativi. Nel lutto complicato i sintomi sono caratterizzati da impotenza, tristezza, nostalgia, mentre le emozioni dominanti nel PTSD sono la paura, ansia e ipervigilanza (DSM-5).

Disturbo di ansia da separazione, nel lutto complicato l'ansia è dovuta alla perdita della persona deceduta, nel secondo l'ansia è generata per la separazione da figure di attaccamento (Carmassi, et al., 2013).

Disturbo dell'Adattamento. Sebbene entrambi i disturbi possono presentarsi come reazioni ad aventi particolarmente scompensanti e stressanti, il disturbo dell'adattamento può essere diagnosticato già tre mesi dopo l'evento in assenza di sintomi clinici specifici.

Elementi che rendono difficile l'accettazione di una perdita

Il processo di accettazione di un lutto potrebbe essere ostacolato oltre che da alcune predisposizioni individuali, precedentemente elencate, anche da alcuni fattori interni o esterni alla persona a lutto che renderebbero a loro volta ancora più difficile il processo di abbandono delle credenze precedentemente dette (Mancini, Perdighe, 2012). Tra questi fattori ritroviamo:

La gravità della perdita: tanto più una perdita è valutata come grave tanto più doloroso sarà il processo di accettazione della stessa. La perdita è intesa tanto più grave quanto più insieme ad essa la persona a lutto percepisce una perdita del senso di sé e della propria identità (Eckholdt et al.,

2017).

Le credenze normative sulla morte: La difficoltà a valutare come "giuste" determinate perdite può bloccare il normale processo di accettazione. La giovane età della persona deceduta, le morti violente e improvvise e il suicidio sono elementi maggiormente correlati con una prognosi negativa del lutto in quanto considerate ingiuste, innaturali (Boogar & Talepasand, 2015; Zetumer et al., 2015; Nam, 2016; Dyregrov et al., 2003).

La critica delle proprie reazioni alla perdita: La persona a lutto può considerare eccessive le priorie reazioni, percepirsi come indesiderabile e un peso per gli altri, innescando cosi cicli interpersonali disfunzionali.

Dissociazione ed evitamento: sintomi dissociativi, evitamenti (esperenziali e/o comportamentali), messi in atto con lo scopo di ridurre il contatto con la sofferenza, possono ostacolare l'integrazione precedentemente detta.

Isolamento sociale: L'isolamento incrementa la distanza fisica e affettiva e la mancanza di supporto aumenta a sua volta la percezione di essere soli di fronte ad una perdita drammatica.

L'incertezza della perdita: le perdite caratterizzate da aspetti di incertezza rappresentano un rischio maggiore di lutto complicato. L'incertezza della perdita rende difficile la rappresentazione della sua irreversibilità e irrimediabilità. Le perdite che non hanno chiarezza e non hanno una fine sono definite perdite ambigue (Boss, 2006).

La perdita ambigua

A seguito della morte di una persona cara si è soliti comunicare socialmente il lutto attraverso dei rituali, funerali, commemorazioni, che hanno l'effetto di rendere l'irrimediabilità della perdita più chiara e rappresentata a se stessi e agli altri e permettono alla persona a lutto di chiudere il cerchio e di integrare la morte avvenuta nella sua memoria riprendendo in mano la sua vita.

Ma cosa succede quando la morte non può essere dichiarata in modo chiaro e definito?

Una risposta a queste domande è possibile trovarla grazie ai lavori di Pauline Boss, che fonda la teoria dell'*Ambiguity Loss.*

La perdita ambigua (Boss, 1999) si verifica in assenza della reale morte e per questo si differenzia per il suo essere incerto e indefinito e si caratterizza da un'ambivalenza tra presenza/assenza del bene in questione. L'ambiguità della morte interrompe e cristallizza il processo di elaborazione del lutto con importanti esiti negativi, psicologici, di salute, emotivi, della persona a lutto.

Attualmente è possibile individuare e definire due tipi di perdita ambigua. La prima si riferisce a quei casi in cui un individuo è psicologicamente presente nella mente della famiglia ma fisicamente assente (es. una persona scomparsa). Il secondo tipo di perdita ambigua si verifica quando la persona è fisicamente presente ma psicologicamente ed emotivamente assente, come nel caso delle persone affette da demenza.

La demenza, il caregiver e i suoi molteplici lutti

Con il termine demenza si intende un progressivo e cronico deterioramento cognitivo ad andamento ingravescente che comporta compromissioni cognitive, funzionali, emotive, comportamentali della persona che ne è affetta. La malattia di Alzheimer (AD) rappresenta la forma più frequente di demenza. Le persone che si ammalano di AD non presentano solo compromissione cognitiva ma anche disturbi a livello comportamentale ed emotivo comunemente definiti come "Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia" (BPSD) (Finkel & Burns, 2000), che sembrano impattare maggiormente non soltanto sull'individuo ma sull'intera rete assistenziale, mettendola in crisi.
Tale patologia dunque non compromette soltanto la persona malata ma anche le persone che se ne prendono cura.
Il *"Caregiving"* ossia l'atto di prendersi cura vede nel "*Caregiver*" la persona che eroga questa cura. A causa del carattere ingravescente della demenza e dei continui cambiamenti che essa comporta sotto l'aspetto assistenziale, al caregiver è richiesta una notevole flessibilità e capacità di adattamento e un carico fisico, psicologico ed economico valutato come sempre più eccessivo. L'insieme dei problemi fisici, psicologici, emotivi, logistici che sperimenta il caregiver e che sono vissuti come eccessivi possono evolvere in una "sindrome da esaurimento psico-fisico" comunemente nota come "*caregiver burden*" (Bellini, 2019). Il burden del caregiver è una sindrome con manifestazioni psicofisiche simili al burnout, con una sensazione crescente di stanchezza e di esaurimento emotivo, che può portare ad un calo delle difese immunitarie, allo sviluppo di sintomi psichici come ansia e depressione, disturbi del sonno, disturbi gastro-intestinali e un generale peggioramento della qualità di vita.
Agli inizi degli anni '90 Pearlin e colleghi hanno concettualizzato un modello basato sullo stress da caregiving. Il modello individua stressor primari e stressor secondari correlati al caregiving. Entrambi gli stressor e il modo in cui possono influenzare il benessere psicofisico del caregiver sono strettamente correlati dal contesto ambientale e personale in cui avviene l'assistenza. Secondo gli autori fattori come contesto socioculturale, aspetti personali e interpersonali, condizioni di salute, cultura di riferimento possono modificare in senso peggiorativo o migliorativo il benessere e la vita del caregiver. Gli stressor primari rappresentano problemi insiti nella patologia stessa (problemi cognitivi, funzionali, BPSD). Gli stressor secondari si riferiscono invece ad aspetti più specifici del caregiver e cioè a come egli percepisce e gestisce il conflitto tra il suo ruolo da assistente e gli altri ruoli e attività che solitamente svolge e che possono essere minacciati dal caregiving stesso. Tutto ciò caratterizza il dominio successivo del modello e cioè le valutazioni che il caregiver fa del suo progetto di cura, del suo ruolo e delle reazioni che ha in risposta allo stress.
Il contesto, gli stressor primari e secondari e le valutazioni sulle proprie strategie di coping allo stress possono dare esiti postivi o negativi. Va da sé, dunque, che un contesto inadeguato, modalità di reazione allo stress disfunzionali associate ad una scarsa percezione di sé e del proprio ruolo possono esitare in outcome negativi e tradursi in stati depressivi, vissuti ansiosi, maggiore aggressività, scarsa tolleranza alla frustrazione e dunque compromettere negativamente anche la qualità dell'assistenza e il rapporto con il proprio caro (Noyes, 2010).

L'evoluzione costante della malattia si caratterizza per perdite nuove, continue e ineluttabili: prime dimenticanze, la diagnosi, la perdita di autonomia, i ruoli che si invertono, la perdita di comunicazione e di relazione, il ricovero, la morte che concretizza la perdita dell'oggetto da accudire ed anche la perdita di una parte di sé.

Cosi come afferma Perdighe (2018) è possibile parlare di lutto quando ci si riferisce alla perdita di una persona amata. Sulla base di ciò e in relazione alle tante e differenti perdite che il caregiver vive nel lungo percorso di cura è possibile paragonare l'esperienza di caregiving ad un vero lutto sebbene si tratti di una perdita ambigua. I caregivers mostrano sofferenza emotiva, stress, dolore ancor prima dell'effettiva morte della persona amata ma con difficoltà riescono a riconoscere tale sofferenza e ad associare il proprio vissuto emotivo a quello che segue un lutto reale.

Su questa scia Noyes e colleghi nel 2010 concettualizzano il modello "*lutto- stress*" cercando di associare lo stress del caregiver ad un vissuto di lutto e perdita di relazione. Per tale motivo inseriscono il concetto di "lutto ambiguo" tra gli stressor primari che insieme al sovraccarico/perdita del ruolo danno origine a due tipi di perdita, rispettivamente perdite relazionali e perdite causate dal caregiving. La prima rimanda l'idea che la malattia ha compromesso in maniera irrimediabile la relazione con il proprio caro (lutto), mentre la seconda fa riferimento alla percezione di perdita di libertà, di identità personale, le limitazioni sociali, lavorative, relazionali che il lavoro di cura causa. Chi valuterà come più importanti e significative le perdite di relazione mostrerà sintomi di lutto e depressione, chi invece valuterà la perdita in base all'esperienza del caregiving può esitare in burden vero e proprio (stress psico-fisico).

Oltre al lutto ambiguo, un altro tipo di lutto che caratterizza l'esperienza di caregiving di una persona con demenza è il lutto anticipato, un vissuto ha a che fare con previsioni e perdite future, (Chan et al., 2013; Dupuis, 2002; Holley et al., 2009). Il caregiver prima della morte fisica assiste e vive, infatti, diverse e numerose perdite: prima cognitive, poi sociali e relazionali fino alle perdite relative le abilità funzionali di vita quotidiana che rendono il paziente sempre più dipendente dal proprio caregiver. L'aumento delle perdite nella persona malata si rispecchia in un altrettanto aumento delle perdite relazionali e personali del caregiver. Dupuis (2002) definisce il lutto ambiguo oltre che caratterizzato da lutto anticipato anche da lutto progressivo e lutto riconosciuto. Questi tre vissuti vanno di pari passo con il decorso della malattia: il primo vissuto ha a che fare con previsioni future, perdite che il caregiver può sperimentare nel futuro, il secondo rimanda l'idea di perdita itinerante e cioè la sofferenza in risposta al progressivo decadimento cognitivo e comportamentale della persona cara e ai tentativi fallimentari del caregiver di ritardare più possibile tale esito, infine l'ultimo lutto si concretizza con l'istituzionalizzazione del proprio caro.

Come precedentemente detto, molto spesso i caregivers non sono consapevoli di star vivendo un lutto, raramente collegano il loro vissuto a quello della perdita e per questo nel caso delle demenze e del caregiving si può parlare anche di lutto nascosto, non ancora emerso e affrontato (Dempsey & Bagoo, 1998) in quanto la perdita, essendo ambigua, non sempre è consapevole. Il confronto con l'esterno spesso conferma tale mancanza di riconoscimento del lutto del caregiver in quanto gli altri

spesso si approcciano con tali vissuti evidenziando che la persona cara è ancora in vita non capendo la contraddittorietà tra presenza fisica e assenza psicologica. In base a questo Doka (1989) definisce tale vissuto come un lutto non autorizzato, "senza diritti", non legittimato.
In assenza di rituali che sanciscono il passaggio e che rendono la perdita riconosciuta e approvata socialmente, il caregiver a lutto non ritiene necessario condividere e manifestare la sofferenza.

I vissuti del caregiver e il Dementia Grief Model

Sebbene non ci sia un andamento uguale per tutti, si possono rintracciare stati mentali simili nella maggior parte dei caregiver di persone con demenza di Alzheimer.
Si possono osservare depressione e angoscia come diretta conseguenza della perdita e degli interminabili e inutili tentavi di recuperare la persona per come era prima; tristezza per tutto ciò questa malattia toglie al proprio caro (ricordi, identità, dignità, autonomia), per il rapporto compromesso, per i progetti distrutti. Il familiare può essere arrabbiato e questa rabbia può essere indirizzata verso il proprio caro, verso se stessi o verso chiunque possa essere considerato il colpevole di questa ingiustizia e danno subito. Un'altra emozione comune è la vergogna, imbarazzarsi per i comportamenti bizzarri e disinibiti che il proprio caro mette in atto con un conseguente ritiro sociale, una maggiore percezione di solitudine che rende ancora più complessa l'assistenza. Il caregiver può sperimentare senso di colpa per tutte le emozioni provate ma soprattutto perché quando sperimenta un carico di assistenza eccessivo arriva a pensare che forse una morte certa e definita sarebbe stata più facile da sopportare (Pavino, 2014).
Dall'analisi di alcune risposte dei caregivers alla domanda "qual è l'ostacolo più grande che hai dovuto affrontare come caregivers?" (Frank, 2008 p. 519) Frank ha individuato cinque grandi ostacoli. Il primo tra tutti è la difficoltà del caregiver a coniugare la sua vita privata con l'attività di cura e quindi la percezione di perdere la propria libertà e di rimanere bloccato in questo nuovo ruolo. Il secondo ostacolo è rappresentato dalla difficoltà del caregiver a fronteggiare i disturbi del comportamento. Il terzo ostacolo ha a che fare con la sofferenza da lutto relazionale, il dolore, la preoccupazione, la pena per il lento e progressivo decadimento a cui andrà incontro il proprio caro. Il quarto ostacolo è la percezione di sentirsi soli e abbandonati dalle istituzioni, dai propri amici e familiari. Un ultimo ostacolo che è strettamente connesso al precedente è l'assenza di comunicazione nelle sue diverse sfaccettature: con gli altri membri della famiglia, con la rete sociale, con il personale sanitario ma soprattutto con il proprio caro.
Solo recentemente Blandin e Pepin (2017) hanno cercato di analizzare con il *Dementia Grief Model*, il lutto dei caregivers in merito alla demenza di un proprio caro, non solo come sintomo ma come un processo dinamico che gira attorno a tre stati che se non adeguatamente affrontati possono ostacolare l'intero processo di accettazione del lutto e complicare ulteriormente l'assistenza e la cura: separazione, liminalità e rinascita.
Nello stato della separazione, il caregiver soffre per le continue e innumerevoli perdite irreparabili dettate da un progressivo decadimento a cui va incontro il proprio caro; il caregiver può non essere

in grado di identificarle ed elaborarle tutte emotivamente e razionalmente arrivando a negarle. Per superare questo stato il caregiver dovrebbe riconoscere le perdite.
Nella fase di liminalità il caregiver inizia ad avere più chiare le perdite e i cambiamenti del proprio caro e dunque a provare più dolore e sofferenza in quanto la malattia e la futura morte diventano più rappresentate e meno lontane. Il caregiver può avere difficoltà a tollerare queste emozioni difficili e mettere in atto strategie di coping disfunzionali che bloccano il processo di accettazione. Per superare questo stato il caregiver dovrebbe imparare a stare dentro le emozioni difficili, tollerandole e dunque accettando le perdite.
Nello stato di rinascita il caregiver integra la malattia nella sua memoria e nel suo progetto di vita, accetta e si adatta alle nuove esigenze che emergono e al nuovo rapporto che si crea con la persona cara. Purtroppo, come suggeriscono gli autori, la demenza è una malattia che ha insita dentro di se l'ambiguità e la non prevedibilità del decorso, quindi il modello diviene ciclico e il passaggio tra gli stati può ripetersi anche più volte durante l'attività di caregiving (Maier, 2019).

Gli interventi sul caregiver

Come detto in precedenza e sulla base della mia esperienza clinica, i caregiver di familiari con demenza raramente riescono ad associare la loro sofferenza ai propri vissuti emotivi di perdita e per questo non ritengono di avere bisogno di aiuto per se stessi. Ciò che loro chiedono è un aiuto nella gestione pratica del loro caro. Tutto ciò viene sostenuto anche dall'esterno che involontariamente conferma il mancato riconoscimento del lutto (sostenendo la presenza ancora in vita della persona amata) e supporta l'idea di stress psico-fisico del caregiver dovuto alla presa in carico del proprio caro. Di solito gli interventi a cui prendono parte i caregivers si basano, infatti, su programmi di sostegno psicologico di gruppo o individuali, gruppi di auto-mutuo aiuto informali formati da altri caregivers che raccontano la loro esperienza coadiuvati o no da un operatore. Oppure ancora programmi specializzati ad insegnare skills per ridurre e fronteggiare meglio i disturbi legati al comportamento o interventi di psicoeducazione, che, in un'ottica multidisciplinare, mirano a migliorare le competenze di cura del caregiver, incrementando il senso di efficacia percepita e migliorando di conseguenza le sue strategie di coping.
Tutti questi trattamenti sembrano trascurare quasi totalmente i vissuti emotivi associati alla perdita della persona amata.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale per i caregivers

La terapia cognitiva comportamentale (CBT) è un approccio psicoterapico *evidence based* che ha avuto origine dagli studi di A.T. Beck e A. Ellis verso il 1960. Questa tipologia d'intervento si basa sul presupposto che esiste una stretta relazione tra pensieri, emozioni e comportamenti. Obiettivo della CBT è quello di rendere l'individuo consapevole dei propri pensieri disfunzionali aiutandolo a modificarli attraverso tecniche più cognitive come la ristrutturazione cognitiva e tecniche più

comportamentali che hanno lo scopo di mettere in discussione tali pensieri evidenziandone i costi al fine di sostituirli e/o integrarli con convinzioni più funzionali.

In merito all'applicazione della CBT con i caregivers di pazienti con demenza, numerosi sono gli studi che ne dimostrano l'efficacia in termini di riduzione del burden, miglioramento della sintomatologia ansioso-depressiva, riduzione dei pensieri disfunzionali, migliore qualità di vita (Fialho et al., 2012; Mittelman et al., 1995; Losada et al., 2010, Thompson et al., 2002).

In uno studio Fialho e colleghi (2012) hanno cercato di testare l'efficacia dell'intervento cognitivo comportamentale in un gruppo di caregivers di pazienti con AD. Il protocollo prevedeva 8 incontri di gruppo a cadenza settimanale della durata di due ore ciascuno. Le variabili prese in considerazione nello studio sono state: il livello di ansia, depressione, stress, il caregiver - burden e la qualità di vita. Il protocollo prevedeva una fase iniziale dedicata alla psicoeducazione seguita da un intervento focalizzato sulle social skills e le strategie di coping con lo scopo di migliorare le competenze per fronteggiare meglio le situazioni più critiche. Successivamente gli autori hanno lavorato sul decentramento e sull'empatia, sul confronto e sulla comunicazione "sociale" dei propri vissuti, sulle strategie di controllo del proprio comportamento attraverso un processo di dialogo interiore. Sono seguiti poi interventi di rinforzo, di automonitoraggio e di riattivazione comportamentale attraverso organizzazione di attività e uso di diari. A seguito degli otto incontri gli autori hanno riscontrato una diminuzione della sintomatologia ansiosa, minori livelli di stress percepito associato ad una migliore qualità di vita soprattutto per caregiver figli piuttosto che coniugi. Per quanto riguarda i sintomi depressivi non vi è stata una modificazione statisticamente significativa, sebbene sia stata verificata una diminuzione.

Chang (1999) ha messo a confronto due gruppi di caregivers donne di un'età media di 66.5 anni. Il primo gruppo, sperimentale, era formato da 31 caregivers che hanno partecipato a 8 sedute settimanali di psicoterapia cognitivo comportamentale; il gruppo di controllo, formato da 34 donne, ha ricevuto una telefonata a settimana per otto settimane. Le variabili osservate, valutate sia prima dell'inizio del percorso, che dopo 4 - 8 - 12 settimane, sono state le strategie di coping, la percezione del carico assistenziale, la soddisfazione del caregiver e la salute emotiva e fisica. Entrambi i gruppi hanno sperimentato una significativa riduzione dell'ansia e un minor uso di strategie di coping focalizzate sull'emozione. I risultati mostrano anche una riduzione della depressione significativa solo per il gruppo che aveva partecipato a sedute di psicoterapia cognitivo-comportamentale (Ferlini, 2019).

Per quanto riguarda la psicoterapia individuale dei caregivers verso la fine degli anni '90 sono stati condotti i primi studi di efficacia. In un primo studio (Gallagher-Thompson & Steffen, 1994) caregivers con diagnosi di depressione sono stati assegnati random a 20 sessioni o di psicoterapia individuale cognitivo-comportamentale (CB) o breve psicodinamica (PD). Dopo le 20 settimane di trattamento i risultati mostrano che oltre il 70% dei caregivers non era più clinicamente depresso senza differenze significative tra i due trattamenti ambulatoriali. Una variabile che incide sui risultati dei diversi trattamenti è la durata del periodo di assistenza: i partecipanti che erano

caregiver da minor tempo hanno mostrato un miglioramento significativo se sottoposti a psicoterapia breve psicodinamica; i caregivers che lo erano da più di 44 mesi sono migliorati se sottoposti a psicoterapia cognitivo comportamentale.

Uno studio su un caso singolo, svolto da Kaplan e colleghi a fine anni '90 si è focalizzato sul dolore anticipatorio e sulla depressione di una caregiver di 69 anni che aveva collocato il marito in una casa di cura. I risultati dimostrano un miglioramento significativo nelle misure oggettive di depressione già dopo 17 sessioni di psicoterapia individuale ed alla fine del trattamento.

In uno studio del 2012 di Cheng e colleghi sull'importanza dell'autoefficacia nella riduzione dello stress percepito dal caregiver, è emersa l'efficacia della terapia cognitivo comportamentale e l'importanza di un lavoro di ristrutturazione cognitiva con i caregivers, per aiutarli ad affrontare i loro pensieri negativi e disfunzionali.

Gli studi presentati mostrano come interventi CBT standard e strutturati con caregivers di pazienti con demenza si dimostrano molto efficaci nel modificare credenze disfunzionali, ristrutturare pensieri negativi circa il proprio ruolo da caregiver, nel ridurre la sintomatologia ansioso-depressiva e nell'incrementare le abilità di fronteggiamento di situazioni complesse da un punto di vista comportamentale. Tuttavia non sono invece molti gli studi che focalizzano l'intervento sull'esperienza del lutto del caregiver, sui vissuti di perdita e sulla sofferenza emotiva.

Sulla scia di questo, Meichsner e colleghi nel 2015, hanno svolto uno studio molto importante sulla gestione della perdita e del cambiamento. Lo studio parte dal presupposto che il dolore dell'esperienza di caregiving è simile al dolore legato alla morte di una persona cara. Il dolore viene associato al "*caregiver burden*", allo sviluppo di problemi fisici, a sintomi depressivi e può diventare un ostacolo alla cura. L'accettazione della perdita, come irrimediabile e irrecuperabile, associata alla capacità di gestire le emozioni diviene obiettivo della terapia. Nello studio i caregivers erano sottoposti a 7 sessioni di CBT in un periodo di 3 mesi con esercizi di mindfulness e accettazione. Da questa tipologia di intervento e dai risultati ottenuti è emersa l'importanza di sostenere i caregivers nell'abbandonare l'evitamento esperenziale e nell'accettare il cambiamento di ruolo come esito un comportamento più empatico ed adeguato alla situazione dei caregivers nei confronti dei loro cari.

Partendo dall'idea che il lutto e la perdita fanno parte del processo di caregiving, Meichsner e Wilz (2018) hanno sottolineato l'importanza di indirizzare sull'esperienza di lutto gli interventi CBT. L'intervento chiamato Tele.TAnDem, della durata di sei mesi, è consistito in 12 sessioni di 50 minuti di terapia (telefonica) CBT individuale. Le prime 4 sessioni sono state settimanali, le successive 6 quindicinali e le ultime due con frequenza mensile. L'intervento standardizzato e manualizzato (Wilz et al., 2015) è consistito in 10 differenti moduli che possono essere usati e combinati dal terapeuta sulle esigenze del caregiver. Il primo modulo è centrato sulla costruzione dell'alleanza terapeutica, sulla strutturazione di ogni sessione successiva e gestione delle crisi. Dopo di che si passa all'analisi del problema individuando le aree maggiormente problematiche del caregiver e sulla base di ciò si formulano gli obiettivi terapeutici. Il modulo successivo è quello

della psicoeducazione che mira a informare il caregiver sulla patologia e le sue manifestazioni e a aiutarlo a gestire la quotidianità. Il modulo seguente prevede il rinforzo delle abilità di problem-solving del caregiver. Dopo aver fatto ciò il terapeuta passa a individuare e ristrutturare i pensieri disfunzionali attraverso strategie CBT come gli ABC, il laddering, il dialogo socratico e l'esposizione. Nel modulo successivo si aiuta il caregiver a chiedere supporto esterno professionale, o anche informale, discutendo il diritto di chiedere aiuto utilizzando prevalentemente tecniche di ristrutturazione cognitiva. Il modulo successivo è quello prettamente focalizzato sul lutto. Si aiuta il caregiver ad affrontare i cambiamenti legati alla malattia, ad affrontare la perdita della relazione con il malato e la conseguente esperienza di lutto. Questo modulo specifico include tecniche CBT per l'identificazione e la ristrutturazione di pensieri negativi e credenze disfunzionali che riguardano il lutto, la ridefinizione della relazione con il malato, l'attivazione di risorse e la preparazione del caregiver alla morte del malato. Attraverso la psicoeducazione e la normalizzazione il caregiver impara a riconoscere e verbalizzare le emozioni che di solito tende a evitare o sopprimere e attraverso esercizi di Mindfulness si facilita l'esperienza cosciente delle emozioni dolorose e la loro accettazione. All'interno di questo modulo un punto importante riguarda la ridefinizione della relazione tra caregiver e malato. Il terapeuta aiuta il caregiver a notare i cambiamenti nella relazione tra se stesso e il proprio caro, a definire e riconoscere i cambiamenti associati al suo nuovo ruolo valutandone pro e contro migliorando il senso di autoefficacia percepita e la fiducia nella propria capacità di gestione. L'ottavo modulo ha come tema la cura di sé e mira ad incentivare il caregiver alla cura della propria persona attraverso l'utilizzo di un diario settimanale per dimostrare la relazione tra attività positive e umore. Il penultimo modulo ha come obiettivo l'incremento delle strategie di gestione dello stress e di regolazione emotiva attraverso la normalizzazione delle emozioni negative. L'ultimo modulo è dedicato alla valutazione finale, terapeuta e caregiver analizzano e discutono i cambiamenti e gli obiettivi raggiunti. Gli autori hanno dimostrato l'efficacia dell'intervento in particolare sul livello di benessere percepito, sulla sintomatologia depressiva, sui sintomi fisici e sull'abilità di fronteggiamento dello stress e dei comportamenti problematici del proprio caro.

Meichsner e colleghi (2016), sono riusciti ad identificare, indipendentemente dalle strategie di intervento, quattro grandi macroaree di lavoro che affrontano specifici aspetti del lutto del caregiver di pazienti con demenza.

Riconoscimento e accettazione della perdita e del cambiamento: attraverso questo intervento il terapeuta aiuta il caregiver a riconoscere e accettare le perdite associate alla malattia in termini relazionali e a considerare tali perdite come definitive e irreversibili e dunque a rappresentarsi e accettare una nuova realtà, abbandonando l'investimento su scopi compromessi e focalizzando l'attenzione su obiettivi e aspetti che non sono stati intaccati dalla malattia.

Anticipazione della perdita futura: il focus in questa fase è sul lutto anticipato e sulle perdite future che seguiranno la morte del proprio caro. In questa fase il caregiver è accompagnato nel processo di consapevolezza e di accettazione che la demenza è una malattia a prognosi infausta con andamento

ingravescente. Il terapeuta lavorerà con il caregiver sul monitoraggio e riconoscimento di emozioni associate al timore di un peggioramento e quindi di morte mantenendo sempre chiaro l'obiettivo quale l'accettazione di una perdita certa.

Normalizzazione del lutto: l'obiettivo è normalizzare e validare i vissuti emotivi e collegarli con l'esperienza di lutto, incoraggiando il caregiver ad esprimere le proprie emozioni e i propri con pensieri connessi alla perdita ristrutturando le convinzioni errate legate alle emozioni, al lutto e alla loro durata che ostacolano il processo di riconoscimento e accettazione della perdita (Meichsner et al. 2016).

Ridefinizione della relazione: il terapeuta aiuta il caregiver a identificare i cambiamenti che sono avvenuti nella relazione con il proprio caro, il modo in cui i ruoli sono cambiati e la dura realtà dell'irreversibilità di questi cambiamenti. Tutto ciò, seppur doloroso, permette di creare pensieri alternativi, nuovi legami e nuovi modi di relazionarsi con il proprio caro accettando la definitiva compromissione della relazione precedente (Meichsner et al. 2016).

L'obiettivo principale della terapia con i caregivers di pazienti con demenza è favorire l'accettazione della perdita e l'interruzione dell'evitamento esperienziale delle emozioni dolorose connesse con il lutto. Per questo gli Autori suggeriscono un approccio integrato di CBT (con interventi di psicoeducazione e ristrutturazione cognitiva delle credenze disfunzionali) e ACT (Meichsner et al., 2016).

L'Acceptance and Commitment Therapy con caregivers di pazienti con demenza

Gran parte della sofferenza dei caregivers sembra essere associata ad una loro difficoltà nell'accettare la perdita e cioè nell'abbandonare lo scopo compromesso. Tale processo è inficiato ulteriormente dalle caratteristiche insite in questa particolare perdita quali l'ambiguità e la contraddizione tra presenza fisica e assenza psicologica della persona amata. Il caregiver non solo soffre perché non accetta che il proprio caro abbia avuto diagnosi di una malattia neurodegenerativa e incurabile ma anche perché, sebbene ancora in vita, sa che dovrà dire presto addio alla persona amata, la quale con l'avanzare della malattia smetterà di essere la persona che ha sempre conosciuto e somiglierà sempre più ad un estraneo nel corpo della persona cara (Perdighe, 2019). Si assiste dunque ad una perdita relazionale che porta con sé conflitti di ruoli e confusioni sull'identità personale. Come detto precedentemente i vissuti del caregiver possono essere caratterizzati da emozioni quali rabbia, imbarazzo, da pensieri aggressivi o cattivi, da comportamenti egoistici o poco delicati verso il proprio caro. Non si riconoscono più e si criticano aspramente per quello che pensano, provano e fanno, provando un fortissimo senso di colpa. Tutto ciò non fa altro che ostacolare il processo di accettazione dei cambiamenti e della perdita e quindi rendere più faticoso e stressante il compito di assistenza.

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT), sviluppata da S. Hayes alla fine degli anni '60, si basa sull'idea che la sofferenza derivi dalle critiche che la persona fa della sua stessa sofferenza e da tutti i tentativi disfunzionali che la stessa mette in atto per ridurre, modificare, inibire le emozioni

dolorose associate alla sofferenza (evitamento esperienziale). Sulla base di ciò si può dedurre che il caregiver è si sofferente per le emozioni dolorose derivanti dalla perdita avuta ma il suo dolore peggiora perché non accetta i propri stati mentali ed emotivi conseguenti alla situazione che sta vivendo. Contrapposto all'evitamento esperienziale abbiano l'accettazione intesa come "l'attiva e consapevole accoglienza delle proprie esperienze, rinunciando a cambiarne la frequenza o la forma" (Perdighe, 2019 p. 143).

L'ACT mira ad aiutare il caregiver a considerare la malattia del proprio caro come una condizione non modificabile, ad addestrarlo a stare dentro la sua sofferenza rinunciando all'evitamento esperienziale delle emozioni dolorose attraverso la defusione e l'accettazione esperienziale (Perdighe, 2019). Con l'accettazione esperienziale si vuole aiutare il caregiver a stare dentro le emozioni dolorose invitandolo a non contrastarle, a non vedere la situazione che sta vivendo come un problema da risolvere. Con la defusione si vuole modificare la "relazione funzionale patogena che c'è tra i pensieri e gli altri vissuti interni" (Perdighe, 2019 p.144) accettandola così com'è, senza provare a cambiarne la forma o la frequenza. A differenza della CBT standard il pensiero non vuole essere discusso e ristrutturato ma guardato con più distanza, preso meno sul serio. Il caregiver può defondersi da suoi pensieri attraverso procedure di distanziamento come l'oggettivazione dei pensieri o tecniche di etichettamento di un pensiero.

Accanto all'accettazione, l'intervento in chiave ACT mira anche al *committment* cioè a rendere maggiormente consapevole il caregiver dei propri valori personali e a spronarlo a mettere in atto delle condotte in linea con il perseguimento dei valori personali, impegnandosi con comportamenti tesi al raggiungimento dei propri scopi che non sono stati compromessi in modo irrimediabile dalla malattia e dal lavoro di cura.

Per quanto riguarda *l'Acceptance and Commitment Therapy* con i caregiver, sono stati trovati in letteratura i seguenti studi.

Lo studio del 2015 di Losada e colleghi è uno studio di confronto circa l'efficacia di due interventi differenti di psicoterapia, la CBT e l'ACT sulla riduzione del disagio emotivo e sulla modificazione di strategie di coping nei caregivers di persone con demenza. La CBT standard mirava a modificare le credenze maladattive, l'ACT all'accettazione di vissuti interni dolorosi, legati al caregiving. Alla base di tale studio gli Autori ipotizzavano che entrambi gli interventi sarebbero stati efficaci nella riduzione della sintomatologia ansiosa e depressiva nei caregivers, che il gruppo sottoposto a interventi CBT standard attraverso tecniche di ristrutturazione cognitiva e *disputing* avrebbe modificato le loro credenze disfunzionali circa il loro ruolo da caregiver avendo come diretta conseguenza un incremento della qualità di vita e che i pazienti del gruppo ACT avrebbero ridotto significativamente le esperienze di evitamento delle esperienze dolorose legate al caregiving e avrebbero messo in atto condotte in linea con i propri valori e scopi personali. Il percorso è durato 8 settimane con incontri individuali della durata di circa un'ora e mezza ciascuno. Vi era un terzo gruppo di caregiver che fungeva da controllo e svolgeva soltanto incontri di supporto e psicoeducazione sulla demenza e le sue conseguenze. I risultati dimostrano un miglioramento

statisticamente significativo dei sintomi legati allo stress per entrambi i gruppi, ma vi è un mantenimento dei risultati ottenuti al follow-up solamente per il gruppo CBT. Per quanto riguarda i sintomi di ansia e depressione i risultati evidenziavano miglioramenti nei sintomi depressivi nei partecipanti sottoposti a CBT, mentre la riduzione dello stato ansioso era maggiore per chi seguiva un percorso ACT. I risultati comunque confermano l'effetto positivo dell'ACT come alternativa alla terapia cognitiva standard.

In un altro studio condotto da Perdighe e colleghi (2019) è stato proposto un protocollo di 12 sedute per caregivers di pazienti con AD con un duplice obiettivo: favorire l'accettazione della malattia e dei cambiamenti negativi ad essa implicati e favorire il *commitment*, attraverso procedure tese a promuovere l'impegno del caregiver a riprogettare la propria vita quotidiana in direzione di scopi e valori ancora perseguibili e non inficiati dalla malattia e dall'esperienza del caregiving. Il campione è formato da caregivers di pazienti con demenza seguiti presso l'ospedale Fatebenefratelli di Roma. L'intervento ha previsto 10 sedute individuali a cadenza settimanale più due incontri di follow up a tre e a sei mesi dall'inizio del trattamento più un primo incontro dedicato al reperimento dei caregivers e uno alla psicodiagnostica. Ogni seduta è stata organizzata secondo una struttura fissa che prevedeva la verifica degli homework, la spiegazione dell'argomento e dello scopo dell'incontro, lo svolgimento di quanto detto attraverso principi e pratiche ACT, esercizi di mindfulness, valutazione della seduta e assegnazione di compiti per l'incontro successivo.

Il primo incontro ha previsto una conoscenza e una breve analisi della situazione di disagio vissuta dal caregiver e la spiegazione del razionale dell'intervento: aiutare il caregiver ad accettare e a convivere meglio con la malattia, a essere più distaccato dei propri pensieri e a vederli meno difficili da sostenere e a capire cosa è importante per lui definendo cosa è possibile fare per andare nella direzione dei suoi bisogni e dei suoi scopi nonostante la malattia del proprio caro. Dopo sono stati proposti esercizi di mindfulness con lo scopo di far sperimentare cosa significhi stare dentro le proprie emozioni e il proprio vissuto, accogliendo gli stati interni senza contrastarli. Dopodiché, attraverso la disperazione creativa si è fatto riflettere il paziente sull'inutilità e inefficacia dei tentativi di evitamento esperienziale nel ridurre non soltanto la sua sofferenza ma anche nel contrastare una realtà che non può essere cambiata (malattia).

Il secondo incontro è stato incentrato sull'indagine dei valori personali, normalizzando al caregiver il fatto che ciascuno ha scopi e valori personali e che se sono perseguiti migliorano la qualità di vita. Obiettivo di questo incontro è stato far capire al paziente che ci sono ancora degli scopi nella sua vita che possono essere perseguiti, nonostante l'Alzheimer del proprio caro. Dunque nonostante la malattia, realtà che non può essere modificata, egli può mettere in atto condotte in direzione dei suoi valori decidendo ad esempio che tipo di persona essere nonostante la malattia. Ciò riduce la discrepanza tra la realtà e gli scopi del paziente.

Il terzo incontro si è focalizzato sempre sugli scopi cercando di ridurre ulteriormente le diverse forme di evitamento esperienziale, mettendone in luce in costi. Il tema di questo terzo incontro è stato imparare a controllare solo ciò che può essere controllato rinunciando a controllare ciò che

non dipende direttamente da noi. Per fare questo si propongono pratiche di rinuncia al controllo in cui si sperimenta la possibilità di lasciare andare piuttosto che contrastare i vissuti.
Il quarto e il quinto incontro si sono incentrati sulla defusione con lo scopo rendere i pensieri del paziente meno credibili e meno importanti attraverso i più svariati esercizi di defusione.
Il sesto e il settimo incontro hanno avuto come tema l'accettazione dei propri vissuti emotivi e delle proprie sensazioni con lo scopo di aiutare il paziente a considerarli meno spaventosi e dunque meno limitanti nel perseguimento dei propri scopi. Il terapeuta in questi incontri spiega che le emozioni e i pensieri non possono essere controllate ma ciò che può essere controllato e l'agire volontario nonostante le emozioni e i pensieri. Le emozioni possono essere dolorose e spaventose ma questo non significa che sia dannoso viverle, al contrario risulta estremamente controproducente evitarle.
Nell'ottavo e nel nono incontro si consolidano gli apprendimenti, si analizzano le difficoltà sperimentate e gli ostacoli interni ed esterni che sono emersi e che bloccano la possibilità del caregiver di impegnarsi verso i propri valori; si individuano le procedure che hanno maggiormente aiutato il paziente e si lavora sul presente costruendo atteggiamenti alternativi alla ruminazione sul passato e sul futuro. L'ultimo incontro è dedicato alla valutazione degli esiti, all'analisi sulla soddisfazione del paziente dedicando ampio spazio alle previsioni su ipotetiche difficoltà future evidenziando le risorse a disposizione del paziente.
I risultati hanno mostrato una maggior accettazione dello stato di malattia che portava ad una gestione più adeguata della malattia del proprio caro e della propria sofferenza psicologica. Questo lavoro ha permesso ai caregivers di aumentare la loro capacità di vivere nel presente e ha permesso loro di generalizzare l'investimento sui valori anche in altri ambiti della propria vita, riducendo l'eccessivo coinvolgimento nel ruolo di caregiver. Si evidenzia una riduzione della sintomatologia depressiva ed una migliore qualità di vita percepita nonostante il grosso carico assistenziale. Questo sottolinea l'importanza di interventi che abbinino alla riduzione della sintomatologia un rafforzamento dell'investimento su scopi e valori non invalidanti (Perdighe et al., 2019)
Per quanto riguarda l'utilizzo dell'Acceptance and Commitment Therapy con i caregivers di persone con demenza, i risultati ottenuti nella letteratura appaiono molto promettenti sebbene vi sia ancora molto lavoro da lavorare (Ferlini, 2019). Ciò che appare chiaro, sulla base di quanto detto, è che sarebbe davvero riduttivo considerare la sofferenza emotiva dei caregiver come solo conseguenza del carico psicologico nella cura di un proprio caro con demenza e dunque diviene importante iniziare a trattare in clinica l'esperienza del caregiver come un vissuto di lutto vero e proprio e di perdita relazionale con una persona amata che smette di essere riconosciuta come la persona di sempre e che comporta anche un perdita del senso di sé.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition: DSM-5*. American Psychiatric Publishing
Bellini, C. (2019). *Affrontare la demenza in 21 passi: Un percorso di cura verso una migliore qualità della vita*. LIT EDIZIONI

Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, United States: Guilford.
Blandin, K. & Pepin, R. (2017). Dementia grief: A theoretical model of a unique grief experience. *Dementia, 16(1)*, 67-78.
Boogar, I.R. & Talepasand, S. (2015). The Role of Defense Mechanisms,Personalityand Demographical Factorson Complicated Grief following Death of a lovedone by Cancer. *Iran J Psychiatry* 2015;10:2:79-8
Boss, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief* . Cambridge, MA: Harvard University Press
Boss, P. (2002). Ambiguous loss in families of the missing. *The Lancet Supplement*, 360
Boss, P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. WW Norton & Company
Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss, volume 1: Attachment*. NY: Basic Books.
Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, volume 2: Separation*. NY: Basic Books.
Carmassi, C., Shear, M. K., Socci, C., Corsi, M., Dell'osso, L., & First, M. B. (2013a). Complicated grief and manic comorbidity in the aftermath of the loss of a son. *Journal of psychiatric practice, 19(5), 419-428.*
Carmassi, C., Shear, M. K., Socci, C., Corsi, M., Dell'osso, L., & First, M. B. (2013b). Complicated grief and manic comorbidity in the aftermath of the loss of a son. *J Psychiatr Pract, 19(5), 419-428.*
Champion L.A. , & Power M.L. (1995)."Social and cognitive approaches to depression: towards a bew synthesis. *British Journal of Clinical Psychology, 34 (4), pp. 485-503*
Chan, D., Livingston, G., Jones, L. & Sampson, E.L. (2013). Grief reactions in dementia carers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 28, 1–17.*
Chang, B.L. (1999). Cognitive-behaviural intervention for home-bound caregivers of persons with dementia. *Nursing Research*. 48: 173-182.
Cheng, S.T., Lam, L.C.W., Kwok, T., Ng, N.S.S., & Fung, A.W.T. (2012). Self-efficacy is associated with less burden and more gains from behavioral problems of Alzheimers' disease in Hong Kong chinese caregivers. *The Gerontologist*. 53(1): 71-80.
Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Stud, 27(2), 143-165.*
Doka, K. J. (1989). Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow. *Lexington Books/DC Heath and Com.*
Dupuis, S. L. (2002). Understanding ambiguous loss in the context of dementia care: Adult children's perspectives. *Journal of Gerontological Social Work, 37(2), 93-115*
Eckholdt, L., Watson, L., & O'Connor, M. (2017). Prolonged grief reactions after old age spousal loss and centrality of the loss in post loss identity. *Journal of affective disorders, 227, 338-344.*
Ferlini E., La terapia cognitivo comportamentale per caregiver di anziani con demenza (2019), *Psicoterapeuti in-formazione, numero 23*
Fialho, P. P. A., Köenig, A. M., Santos, M. D. L. D., Barbosa, M. T., & Caramelli, P. (2012). Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 70(10), 786-792
Finkel I., Burns A., Cohen G. (2000). Overview. *International Psychogeriatrics; Cambridge Vol. 12, Fasc. S1, 13-18.*
Frank, J. B. (2008). Evidence for grief as the major barrier faced by Alzheimer caregivers: a qualitative analysis. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 22(6), 516-527*
Gallagher-Thompson, D., & Steffen, A. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 62: 543-549.
Harris R. (2011). F*are ACT. Una guida pratica per professionisti dell'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Franco Angeli Editore.
Hayes, S.C., Follette, V.M., & Lineahan, M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford.
Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavioral change*. New York: Guilford.
Holley, C. K., & Mast, B. T. (2009). The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers. *The Gerontologist, 49 (3), 388-396*
Kaplan, C.P., Gallaghet-Thompson, D., & Thompson, L.W. (1999). The treatment of clinical depression in caregivers of spouses with dementia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 9 35-44.
Kubler-Ross E. (1990). *La morte e il morire*, Cittadella Editore.
Lombardo L. et al., (2014) Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM.5. *Riv Psichiatrica 49 (3): 106-114*
Losada, A., Márquez-González, M., Knight, B. G., Yanguas, J., Sayegh, P., & Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: Effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging & Mental Health*, 14(2), 193-202
Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández,

V., & Nogales-González, C. (2015). Cognitive–behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 760

Lundorff M. et al. (2017). "Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: a systematic review and meta-analysis". *J. Affect Disorders, 212, pp. 138-149*

Maier A., (2019) La demenza come lutto per i caregiver. *Psicoterapeuti in formazione, n. 23.*

Mancini, F. & Perdighe C. (2012), Perché si soffre? Il ruolo della non accettazione nella genesi e nel mantenimento della sofferenza emotiva, *Cognitivismo Clinico, vol. 9(2), pp. 95-115.*

Mancini F. & Rainone A. (2008). Bloccati tra illusione e disperazione. Una nuova ipotesi cognitivista sul disturbo bipolare. In: *Cognitivismo Clinico, 5 (1), pp. 64-87.*

Mancini F., & Semerari A. (1991). *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi.* La nuova Italiana Scientifica. Roma

Meichsner, F., Schinkothe, D., & Wilz, G. (2015). Managing loss and change: grief interventions for dementia caregivers in a CBT-based trial. *American Journal of Alzheimer's Disease and Others Dementias.* 31(3): 231-240

Meichsner, F., Schinköthe, D., & Wilz, G. (2016). Managing loss and change: grief interventions for dementia caregivers in a CBT-based trial. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 31(3), 231-240

Meichsner, F., & Wilz, G. (2018). Dementia caregivers' coping with pre-death grief: Effects of a CBT-based intervention. *Aging & mental health*, 22(2), 218-225.

Mittelman, M. S., Ferris, S. H., Shulman, E., Steinberg, G., Ambinder, A., Mackell, J. A., & Cohen, J. (1995). A comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *The Gerontologist*, 35(6), 792-802

Nam, I. (2016). Suicide Bereavement and Complicated Grief: Experiential Avoidance as a Mediating Mechanism. *Journal of Loss and Trauma, 21(4), 325-334.*

Noyes, B. B., Hill, R. D., Hicken, B. L., Luptak, M., Rupper, R., Dailey, N. K., & Bair, B. D. (2010). The role of grief in dementia caregiving. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®, 25(1), 9-17*

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist, 30(5), 583-594*

Parkes C.M. (1980). *Il lutto. Studi sul cordoglio negli adulti.* Ed. Feltrinelli, Milano

Parkes C.M., Weiss R.S. (1983) *Recovery from Bereavement.* New York: Basic, 1983, 329 pp.

Parkes, C. M., & Brown, R. J. (1972). Health after bereavement. A controlled study of young Boston widows and widowers. *Psychosomatic medicine, 34(5), 449-461.*

Pavino V. (2014). ACT: il sostegno psicologico ai caregivers di pazienti con disturbi emotivo-comportamentali acquisiti. *Psicoterapeuti in-fomrazione, n. 13 pp. 29-42.*

Perdighe C. e Mancini F. (2012), Dall'investimento alla rinuncia: favorire l'accettazione in psicoterapia. *Cognitivismo Clinico*, 9 (2), pp. 116-134

Perdighe, C. (2018). Lutti complicati: quando un evento di vita normale diventa una malattia. In: Rainone, A., Mancini, F., (Eds). *La mente depressa: Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva.* FrancoAngeli

Perdighe C. et al. (2019) Caregiver di pazienti con Halzheimer: un intervento basato sull'ACT a 12 sedute. *Cognitivismo Clinico* 16,2, 140-158.

Perdighe C., Mancini F. (2010). Il lutto. Dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione *PSICOBIETTIVO. Fascicolo: 3*

Perdighe, C., & Mancini, F. (2010). *Elementi di psicoterapia cognitiva.* Roma: Giovanni Fioriti Editore

Rainone A., Mancini F. (2010a). "La depressione" in C. Perdighe, F. Mancini (a cura di) *Elementi di Psicoterapia Cognitiva*, Giovanni Fioriti, Roma, 2° Ed.

Rainone A. & Mancini, F. (2018). L*a mente depressa: Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva*, Francoangeli, Milano.

Romano G, Bocchino E., Fini F., Di Marco F., & Gangemi A. (2006). Ragionamento Emozionale e Depressione in età evolutiva. *Relazione presentata al XIII Congresso SITCC Napoli.*

Sanders, S. & Corley, C.S. (2003). Are they grieving? A qualitative analysis examining grief in caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Social Work in Health Care, 37(3), 35–53.*

Sanders, S., & Adams, K.B. (2005). Grief reactions and depression in caregivers of individuals with Alzheimer's disease: results from a pilot study in a turban setting. *Health and Social Work. 30(4): 287-295.*

Schulz, R., Boerner, K., Shear, K., Zhang, S. & Gitlin, L.N. (2006). Predictors of complicated grief among dementia caregivers: A prospective study of bereavement. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14(8), 650–658.*

Shear, K., & Shair, H. (2005). Attachment, loss, and complicated grief. Dev Psychobiol, 47(3), 253-267.

Stroebe, M. Shut H.,Stroebe W. (2007). Health outcomes of bereavement.*The Lancet, 370, 1960-1973*

Thompson, L. W., Solano, N., Kinoshita, L., Coon, D. W., Mausbach, B., & Gallagher-Thompson, D. (2002). Pleasurable activities and mood: Differences between Latina and Caucasian dementia family caregivers. *Journal of Mental Health and Aging*, 8 (3) 211-224

Van den Berg GJ, Lindeboom M. & Portrait F (2011) Conjugal bereavement effects on health and mortality at advanced ages. *Journal of Health Economics. Vol. 30, No.4, pp.774-794.*

Wilz, G., Reder, M., Meichsner, F. & Soellner, R. (2018). The Tele.TAnDem Intervention: Telephone-based CBT for Family Caregivers of People With Dementia. The Gerontologist, 58(2), 118–129

Wilz, G., Schinköthe, D. & Kalytta, T. (2015). Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige für Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem Behandlungskonzept [Therapist support for dementia caregivers: The Tele.TAnDem Intervention Program]. Göttingen, Germany: Hogrefe

Zetumer, S., Young, I., Shear, M. K., Skritskaya, N., Lebowitz, B., Simon, N., & Zisook, S. (2015). The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *Journal of Affective Disorders, 170, 15–21.*

Sitografia

www.alzheimers.org.uk/about-dementia/types-dementia/younger-people-with-dementia
www.epicentro.iss.it/demenza/aggiornamenti
www.alzheimer.it/
www.stateofmind.it/2018/10/perdita-ambigua-demenza/
http://vivereilmorire.eu/wp-content/uploads/2018/11/Articolo-Lorenzo-Bolzonello.pdf

Lucia Anna Belviso, Psicologa, Psicoterapeuta

Specializzata in psicoterapia cognitiva, AIPC Bari

training Saliani A. Semerari A.

e-mail: lucianabelviso@gmail.com

psicoterapeuti in-formazione

2021, NUMERO 27

L'approccio multi-modale nei casi di violenza assistita intrafamiliare: strumenti e interventi psicologici

Silvia Paparusso*, Marvita Goffredo^; Isabella Berlingerio°, Maria Grazia Foschino Barbaro §

* Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, Istituto *Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva* – AIPC" II anno– Bari; U.O.S.D. Servizio di Psicologia-GIADA, Ospedale Pediatrico "*Giovanni XXIII*", Bari

^ Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Psicoterapia Cognitiva - *Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva* – AIPC, Bari

° Psicologa, Psicoterapeuta, U.O.S.D. Servizio di Psicologia-GIADA, Ospedale Pediatrico "*Giovanni XXIII*", Bari

§ Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile U.O.S.D. Servizio di Psicologia-GIADA, Ospedale Pediatrico "*Giovanni XXIII*", Bari

Riassunto

La violenza assistita costituisce un'esperienza potenzialmente traumatica, generalmente cronica, fattore di rischio per le altre forme di violenza e causa di molteplici esiti negativi sulla salute. Nei minori che ne sono vittima si osserva la presenza di un funzionamento psicologico di carattere traumatico; gli effetti lesivi sono anche sul piano delle relazioni familiari, in particolare nel rapporto con il genitore non maltrattante: per questi appare infatti compromessa la capacità di esercitare la propria capacità di accudimento con sensibilità e responsività a causa dei personali vissuti traumatici. Il presente studio mira alla ricerca, in letteratura nazionale ed internazionale, delle prassi operative e degli interventi psicoterapeutici che ad oggi presentano i più consistenti dati di efficacia. I dati raccolti mostrano la necessità di un approccio alla cura di tipo multimodale, con interventi simultanei a livello individuale e del sistema familiare, in particolare della relazione madre-bambino. Sul piano degli interventi psicoterapeutici, la Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TFCBT) e la Child–Parent Psychotherapy (CPP) risultano essere le metodologie che raggiungono le più consistenti evidenze di efficacia. La componente saliente di entrambi gli interventi consiste nel guidare il minore e il caregiver non maltrattante nella costruzione di una narrativa della violenza subita, attraverso cui giungere all'espressione e accettazione autentica dei vissuti traumatici esperiti. Un goal specifico di trattamento nei casi di violenza assistita consiste, infatti, nel facilitare l'elaborazione del forte vissuto di colpa, esperito sia dai minori sia dal caregiver, che è determinato dalla convinzione di aver mancato sulla dimensione della protezione.

Parole Chiave: Violenza assistita; approccio multi-modale

Silvia Paparusso et al., L'approccio multi-modale nei casi di violenza assistita intrafamiliare: strumenti e interventi psicologici
N. 27, 2021, pp. 27-42
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.itt

Multimodal approach in cases of intimate partner violence: psychological tools and interventions

Summary

Intimate partner violence (IPV) is a potentially traumatic experience, generally chronic, a risk factor for other forms of violence and the beginning of many negative health outcomes. In children exposed to IPV the presence of psychological functioning of traumatic nature can be observed. The damaging effects are also at the level of family relations, in particular within the relationship of non-abusing parent: the ability to exercise one's capacity to care with sensitivity and responsiveness appears to be compromised due to personal traumatic experiences. It is necessary to outline evidence-based mediation practices to care for these children and young people. The aim of the present study is to research, in national and international documentation, the operative practices and psychotherapeutic interventions with the most consistent effectiveness data to date. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TFCBT) and Child-Parent Psychotherapy (CPP) appear to be the methodologies with the most substantial evidence of effectiveness. Additionally, the main component of both interventions consists in guiding the child and the no abusive caregivers in the development of a narrative about the violence suffered, through which an authentic expression and acceptance of the traumatic experiences are achieved. A specific aim of treatment in cases of IPV is to facilitate processing of a strong guilt experience, expressed both by the minors and by the caregiver, which is determined by the belief of having missed the protection dimension.

Key words: Intimate partner violence (IPV); multimodal approach

1. La Violenza Assistita: quadro teorico di riferimento

La violenza assistita, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un serio problema di salute pubblica (World Health Organization, 2017), è nel nostro Paese la seconda forma di maltrattamento all'infanzia più diffusa: stando ai dati di una corposa ricerca epidemiologica sul maltrattamento infantile in Italia, curata nel 2015 dal Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia), Terre des Hommes e l'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, il 19% dei bambini è vittima di violenza assistita da maltrattamento intrafamiliare.

Benché talvolta ancora misconosciuta e/o normalizzata, la violenza assistita è considerata, nel panorama scientifico internazionale (Felitti & Anda, 1998) un'esperienza potenzialmente traumatica, generalmente cronica, fattore di rischio per altre forme di violenza come il maltrattamento fisico e psicologico, la trascuratezza e l'abuso sessuale, e causa di molteplici esiti negativi sulla salute, trasversali ai vari domini di funzionamento (psicologico, emotivo, relazionale, comportamentale e sociale). Numerose sono le evidenze scientifiche che ne confermano la frequente associazione con un più alto rischio di sintomi internalizzanti (ansia, depressione e senso di colpa), disturbi esternalizzanti (Fong, Hawes & Allen 2019), difficoltà sul piano cognitivo e nelle prestazione accademiche (Larson et al., 2017); nelle vittime, di frequente, si riscontra la presenza di un funzionamento psicologico di carattere traumatico, connotato da persistenti sintomi post-traumatici di iper-arousal (allarme, ipervigilanza) e distorsioni cognitive nelle rappresentazioni di sé, delle relazioni e della realtà ambientale (Levendosky, Bogat & Martinez-Torteya 2013). A queste problematiche, generalmente a breve e medio termine, si aggiunge anche l'aspetto della

trasmissione intergenerazionale della violenza, con effetti più a lungo termine: i bambini e i ragazzi esposti a violenza assistita intrafamiliare, infatti, manifestano un più alto rischio di interiorizzazione della sopraffazione e dell'aggressività come modalità interattive proprie delle relazioni affettive, altresì come strategie efficaci e accettabili per fronteggiare i conflitti (Kimber et al. 2018)

Il consolidarsi di tali riflessioni spiega la crescente attenzione per la dimensione della cura e la necessità di delineare prassi di intervento evidence-based per la presa in carico di questi bambini e ragazzi.

Nel 2006, l'OMS suggeriva la prospettiva "ecologica", ispirata al modello di Bronfenbrenner (1986), come la cornice teorica più adeguata entro la quale progettare gli interventi di fronteggiamento degli esiti della violenza sui minori. L'assunto teorico condiviso definisce, infatti, ogni condizione di violenza come scaturita da un peculiare intreccio di fattori attinenti all'individuo, alla relazione, alla comunità e alla società; pertanto, un piano di interventi che voglia risultare efficace dovrebbe prevedere azioni simultanee su ciascuno di questi livelli, all'insegna dell'integrazione e multidisciplinarietà. In linea con queste indicazioni, nel panorama culturale italiano, il Cismai ha curato e promosso il Documento "Requisiti minimi degli interventi nei casi violenza assistita da maltrattamento sulle madri" (2017), al fine di definire le quattro fasi in cui deve articolarsi il processo di presa in carico di questi minori - rilevazione, protezione, valutazione e trattamento - e sottolinearne l'inderogabilità di ciascuna. L'accento è posto soprattutto sulla necessità di perseguire una condizione di protezione di più ampio respiro, che vada oltre la sola interruzione degli episodi di violenza, e che consenta il corretto avvio del lavoro psicologico di ricostruzione e rielaborazione della propria storia. In tal senso, oltre a fare sintesi sulle nuove acquisizioni teorico-pratiche sul fenomeno, tra gli intenti ultimi di questo Documento vi è proprio quello di dichiarare la necessità e l'urgenza che assume la dimensione della cura specialistica degli esiti traumatici sviluppati da tutti i soggetti coinvolti dalla violenza, ad oggi ancora spesso disattesa, con inevitabili ed onerosi costi sulla salute pubblica.

Cogliendo tale richiesta, l'attenzione si muove nell'area degli interventi specialistici, dove un autorevole riferimento è rappresentato dal The National Child Traumatic Stress Network (https://www.nctsn.org/), un'organizzazione americana la cui *mission* è quella di promuovere la conoscenza sul trauma in età evolutiva e orientare gli operatori riguardo alle metodologie di trattamento basate sulle evidenze scientifiche.

Rispetto alla violenza assistita (Intimate partner violence – IPV), si legge "*It is important that mental health treatment be provided in a context of comprehensive support for the children and their nonoffending parent…… An essential component of intervention with all children is the priority of supporting and strengthening the relationship between the nonoffending parent and the child. For most children, a strong relationship with a parent is a key factor in helping a child heal from the effects of IPV" (*https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/intimate-partner-violence/interventions*).* Appare sottolineata, pertanto, la necessità di un approccio alla cura di tipo multimodale, con interventi simultanei a livello individuale e del sistema familiare, in

particolare della relazione madre-bambino. Accompagnare un minore vittima di violenza assistita in un percorso terapeutico di comprensione e rielaborazione dei propri vissuti traumatici, impone, dunque, la necessità di guidarne, in parallelo, lungo un simile percorso, anche la propria madre, a sua volta vittima di violenza domestica e segnata da uguali vissuti traumatici che le impediscono di essere una figura di riferimento sensibile e responsiva. Scheeringa, già nel 2015, pubblicava uno studio che dimostrava come una sintomatologia post traumatica e depressiva nella figura materna potesse mediare la presenza di un simile quadro clinico anche nei figli, sino a due anni di distanza dall'evento traumatico. Ugualmente, il filone di ricerca sulla resilienza nei bambini traumatizzati riconosce nella salute mentale della figura materna e nella qualità della propria capacità di parenting due tra i più importanti fattori di protezione per il benessere dei bambini (Fogarty et al., 2019).
Rispetto ai protocolli di trattamento, le indicazioni fornite dal NCTSN appaiono in linea con i dati provenienti dalla letteratura scientifica (Romano et al., 2019; Anderson, van Ee, 2018; Pernebo, Fridell & Almqvist, 2018;) e suggeriscono la Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TFCBT) e la Child–Parent Psychotherapy (CPP) come le metodologie di intervento che raggiungono le più consistenti evidenze di efficacia nei casi di violenza assistita familiare.

2. L'intervento centrato sul minore

I bambini esposti a trauma interpersonale generalmente manifestano quadri clinici complessi che confrontano i terapeuti con la necessità di gestire, in prima battuta, una sintomatologia afferente all'area della regolazione emotiva e comportamentale che è altamente disturbante. La pratica clinica ha nel tempo mostrato la salienza di tale fase, rivelando come senza la gestione della distonia neuro□vegetativa vengano meno le condizioni per il lavoro clinico sull'elaborazione del materiale traumatico (Goffredo, Simeone & Foschino 2017). Ad oggi, pertanto, la cura del trauma psicologico interpersonale riconosce l'efficacia nell'implementazione di un approccio al trattamento *phased□ oriented* anche per l'età evolutiva (Herman, 1992). In altre parole si deve procedere attraverso una prima fase orientata alla "stabilizzazione", ovvero al ripristino o creazione di un senso di sicurezza nel minore, perseguito attraverso lo sviluppo di capacità di autoregolazione emotiva e comportamentale; una seconda fase dedicata al lavoro di esposizione e processamento delle memorie traumatiche in uno sforzo di integrazione in un senso coerente di sé; una fase finale centrata sul consolidamento delle abilità apprese in itinere e sulla promozione degli aspetti personali di resilienza (Foschino & Mancini, 2017).
Le componenti chiave dell'intervento sono, pertanto: • la psicoeducazione sulle manifestazioni sintomatiche, per promuoverne la comprensione e ridurre il senso di colpa e la vergogna ad esse generalmente associate; • la regolazione dell'arousal psicofisiologico e degli stati affettivi, con l'obiettivo di aiutare il bambino a sostituire le strategie di regolazione disfunzionali apprese nel proprio contesto di vita, espresse generalmente nelle condotte internalizzanti ed esternalizzanti manifestate, con altre più funzionali; la ricostruzione narrativa delle memorie traumatiche, nello sforzo di mettere insieme in maniera coerente pensieri, emozioni, sensazioni corporee e

comportamenti collegati ai diversi ricordi traumatici; la ristrutturazione delle principali distorsioni cognitive sviluppate, soprattutto quelle relative al sé e alla relazioni.

Nello specifico della violenza assistita intrafamiliare, l'intervento terapeutico sembra doversi orientare verso alcuni specifici *goals* di trattamento, oltre le componenti su citate (Rizo et al., 2011). Un aspetto cruciale concerne il forte vissuto di colpa sperimentato da questi bambini, determinato dalla convinzione di non essere riusciti a proteggere la propria madre e talora anche la fratria, ed essere stato spesso causa del comportamento violento del proprio padre. Il ricorso ad interventi cognitivi diviene miliare affinché questo vissuto si ridimensioni e i bambini comprendano che nulla di quanto è accaduto nel passato e nel presente è di propria responsabilità, e che anche nel futuro non debbano sempre sentirsi responsabili della sofferenza altrui. Inoltre, saliente risulta anche il lavoro di promozione delle abilità di comunicazione e di risoluzione dei conflitti, affinché si possano mettere in discussione eventuali schemi cognitivi e pattern di comportamento improntati all'uso del potere e sopraffazione, implicitamente appresi nel contesto familiare.

L'intervento centrato sul minore può essere svolto in setting individuale o in setting gruppale: la terapia individuale facilita la possibilità di vivere un'esperienza emozionale correttiva nella relazione con il proprio terapeuta, di per sé considerata un importante fattore terapeutico di cambiamento (Liotti & Monticelli, 2014), garantendo, altresì, una maggiore flessibilità del processo terapeutico; il gruppo, diversamente, costituisce per i bambini uno spazio terapeutico più protettivo, che consente di osservare e riflettere su di sé (punti di forza e di debolezza) e sulle proprie modalità interpersonali anche e soprattutto attraverso il continuo confronto con l'esperienza altrui, configurandosi d'altra parte come una buona "palestra" relazionale.

2.1 L'intervento individuale

La Trauma□Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF□CBT) è il modello di intervento psicoterapeutico per il trattamento dei disturbi trauma□correlati in età evolutiva che raccoglie la più ampia mole di dati di efficacia (22 randomized clinical trials), mostrandosi ugualmente valido per diversi target di popolazione e in diversi contesti di applicazione (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006; 2012; 2017).

La TF□CBT prevede un modello terapeutico valido per bambini di età compresa tra 3□18 anni, articolato in 12□16 incontri, della durata di circa 50/90 minuti ciascuno. Un facile acronimo – *PRACTICE* – elaborato dagli stessi autori, richiama nel dettaglio le aree di intervento su cui focalizzarsi, definendone l'ordine di applicazione: Psicoeducazione, Rilassamento, Abilità di espressione e regolazione degli stati affettivi, Coping cognitivo, narrazione ed elaborazione del Trauma, esposizione In vivo ai ricordi traumatici, sessioni Congiunte caregiver-minore, promozione della sicurezza e della traiettoria di sviluppo.

Uno in particolare è lo studio che si focalizza sull'efficacia di questo modello anche per i minori esposti a violenza assistita intrafamiliare (Cohen, Mannarino & Iyengar, 2011). Il protocollo non subisce alcuna variazione nelle componenti ed attività proposte, fatta eccezione della fase di lavoro

sulle esperienze traumatiche, durante la quale l'attenzione rimane circoscritta a quanto vissuto nel contesto domestico e le emozioni maggiormente affrontate sono il senso di colpa e la vergogna (ibi.).

Un elemento saliente del modello è il coinvolgimento del caregiver: benché non sia una componente imprescindibile, le evidenze ne sostengono l'importante valore ai fini dell'efficacia dell'intervento (Cohen et al. 2017; Martin et al., 2019). Ciò in considerazione, in prima battuta, di quel filone di ricerca, di cui si è fatta menzione sopra, che sostiene come, nelle condizioni di esposizione al trauma in contesto familiare, la salute mentale del caregiver agisca simultaneamente da fattore mediatore e moderatore rispetto allo sviluppo nei propri figli di una sintomatologia trauma-correlata e la persistenza della stessa nel tempo (Reyes and Lieberman, 2012; Sheeringa et al., 2015; Khamis, 2016); in seconda istanza, tale assunto appare giustificato dalla presenza di alcune osservazioni sperimentali che rivelano come l'atteggiamento assunto dal caregiver durante la partecipazione al percorso terapeutico abbia valore predittivo rispetto alla risposta al trattamento mostrata dai bambini (Yasinski et al., 2016; 2018; Tutus et al., 2019). Ad esempio, si è potuto osservare che un atteggiamento da parte del caregiver improntato al senso di colpa e all'evitamento, durante la narrazione degli episodi traumatici, si associava per lo più alla presenza di una narrativa semantica e tesa alla generalizzazione anche nel bambino, predicendo in tal senso una maggiore possibilità di riscontrare al follow-up la persistenza di problematiche esternalizzanti e/o internalizzanti.

La TF-CBT, oltre agli incontri congiunti, suggerisce di coinvolgere il caregiver in alcuni colloqui individuali dedicati alla psicoeducazione ed al confronto sulle abilità di regolazione emotiva e cognitiva personali e del proprio figlio; appare, in tal modo, più concreta la possibilità per questi di sostenere il minore nel ricorso alle strategie acquisite in terapia, anche nei contesti della quotidianità (Brown, Cohen & Mannarino, 2020).

2.2 L'intervento in gruppo

L'intervento di gruppo per bambini e adolescenti vittime di violenza assistita, oltre a perseguire gli obiettivi propri di un qualsiasi lavoro psicologico sul trauma, riconosce tra le sue finalità (Moscati, 2005): • fare esperienza del "gruppo" come luogo positivo e contenitivo, in cui il minore possa sperimentare fiducia e sicurezza; • rompere il segreto della violenza familiare: attraverso la condivisione delle esperienze traumatiche il bambino comprende di non essere solo, ciò potrebbe favorire lo sviluppo di nuove relazioni interpersonali e ridurre l'isolamento; • potenziare l'autostima, attraverso la valorizzazione di sé, dei propri sentimenti, delle proprie risorse e capacità; • apprendere strategie volte all'autoprotezione, incentrate sull'assertività.

Una recente esperienza italiana, inserita in un più ampio progetto dal nome "*I bambini hanno le antenne*", attuato nella città metropolitana di Milano nel 2018 e ad oggi alla sua seconda edizione, appare simbolica nel mostrare i vantaggi connessi agli interventi in gruppo per i minori vittime di violenza assistita (Agosti & Vicari, 2019). Il progetto, articolato su tre diverse linee di intervento

(azioni sui bambini, sui caregivers e sugli operatori), ha visto la costituzione di un gruppo di minori di età compresa tra gli 8 e i 10 anni per la partecipazione ad un percorso di n. 7 incontri, della durata di circa due ore, a cadenza settimanale. Gli obiettivi perseguiti hanno spaziato dalla riduzione dei sintomi neurovegetativi, al riconoscimento ed espressione degli stati emotivi connessi agli episodi di violenza domestica, con un focus specifico sui vissuti di vergogna, colpa e svalutazione di sé; dalla rielaborazione di un ricordo traumatico sino alla promozione delle risorse individuali e relazionali per una maggiore resilienza. Per l'articolazione degli interventi si è adottata una modalità "ad imbuto", in linea con l'approccio *phased-oriented*; inoltre, essendo il trattamento rivolto a minori, oltre ad attività specificatamente focalizzate sul trauma, alcune di matrice cognitiva altre tratte dalla metodologia dell'EMDR, sono stati utilizzati strumenti ludici quali: giochi corporei, pupazzi e bambole per la drammatizzazione, favole, disegni liberi e guidati, filmati.
Le valutazioni pre e post intervento hanno mostrato una sostanziale variazione nelle cognizioni negative su di Sé: a conclusione del gruppo, più bambini hanno segnalato di sentirsi meno in colpa, di provare meno vergogna, di sentirsi meno soli e di avere capito che si può chiedere aiuto in caso di difficoltà. Un limite messo in evidenza dalle autrici, coerente con le considerazioni teoriche sopra esposte che suggeriscono l'utilità di un approccio multimodale, è relativo alla necessità di pensare ad un maggiore coinvolgimento dei caregivers, in percorsi individuali ed incontri congiunti con i propri figli, per favorire un maggiore scambio nelle comunicazioni ed accrescere la dimensione della validazione ed accettazione dei vissuti traumatici.
Anche la letteratura internazionale offre il riferimento ad alcune esperienze di gruppo per minori vittime di violenza assistita, che confermano come tale metodologia di intervento faciliti l'espressione degli stati emotivi e dei vissuti traumatici, rivelandosi efficace rispetto alla riduzione della sintomatologia. In tal senso, si riportano i risultati conseguiti da un'esperienza pilota in favore di minori, in età scolare, collocati in casa rifugio con le proprie madri, nella quale gli autori hanno testato un protocollo di intervento che ha visto la combinazione della TF-CBT con aspetti di play-therapy (Woollett, Bandeira & Hatcher, 2020). Le valutazioni post-intervento hanno mostrato una piena riduzione dei sintomi depressivi e confermato come per i bambini coinvolti il gruppo sia stato un valido strumento che li ha aiutati nell'espressione degli stati emotivi, anche i più dolorosi e nell'acquisizione di strategie per il fronteggiamento degli stessi; parziale è risultata, invece, la remissione delle problematiche post-traumatiche.
Simili risultati sono riportati anche da Pernebo e collaboratori (2018) all'interno di uno studio teso ad esplorare l'efficacia di un intervento terapeutico in gruppo, in favore di bambini di età compresa tra i 4 e i 13 anni vittime di violenza assistita. Gli autori ipotizzano che la parziale remissione dei sintomi post-traumatici possa essere connessa alla difficoltà di dedicare ampio spazio e tempo all'interno di un intervento in gruppo a tutte quelle attività, come ad esempio l'esposizione immaginativa, tese alla stimolazione dei processi di memoria e pertanto salienti nel lavoro psicologico sul trauma (ibi).

3. L'intervento in favore della diade

La violenza assistita intrafamiliare oltre a determinare effetti negativi trasversali ai diversi domini del funzionamento dei minori che vi sono coinvolti, può avere un effetto lesivo anche sulle relazioni genitori-figli: scorgere il proprio padre in un atteggiamento di continua aggressività e minaccia e osservare la propria madre spesso spaventata ed impotente sono per un figlio esperienze fonte di profonda paura e causa di sfiducia nelle proprie figure di riferimento. Inevitabili sono le conseguenze negative sulla qualità del legame di attaccamento, e non solo quello nei confronti del caregiver maltrattante. È chiaro che il genitore maltrattante fallisca nel suo compito di protezione, ma anche la madre potrebbe vedere alterata la propria capacità di accudimento poiché ingombra di vissuti traumatici che le impedirebbero di cogliere e rispondere con efficacia ai bisogni affettivo-relazionali manifestati, talora in forma mascherata, dai propri figli (Gainotti & Pallini, 2008). A ciò si aggiunge che un'alta percentuale di queste donne abbiano alle proprie spalle un passato costellato di esperienze sfavorevoli infantili, che le espone ad un maggior rischio di sviluppare personali problematiche di salute mentale e costruire una relazione di attaccamento con i propri figli all'insegna della insicurezza e/o disorganizzazione (Fredland et al., 2018; Cooke et al., 2019).

Si fa così più chiaro il perché sia necessario garantire alle madri uno spazio terapeutico individuale per la rilettura delle proprie esperienze traumatiche e, parallelamente, coinvolgerle in un intervento congiunto con i figli, all'interno del quale potenziare le proprie funzioni genitoriali.

La Child Parent Psychotherapy (CPP) nasce come un protocollo di intervento basato sull'attaccamento, rivolto alle diadi con bambini da 0-6 anni che hanno subito esperienze traumatiche (Lieberman e Van Horn, 2005; Lieberman, Ghosh Ippen & Van Horn 2015).

L'assunto cardine su cui si basa l'intera metodologia è il ritenere che una buona relazione di cura sia lo strumento principale attraverso cui perseguire un miglioramento sul funzionamento globale dei bambini. Le principali finalità sono: promuovere un ambiente di accudimento più sicuro e protettivo, favorendo la sintonizzazione negli scambi interattivi della diade; potenziare il funzionamento psicologico del caregiver, mantenendo un focus privilegiato sulla dimensione della genitorialità; favorire nei bambini una più adattiva modulazione delle emozioni negative; intervenire sull'effetto che il trauma ha avuto sulla relazione diadica, affinché essa stessa possa essere un contesto protettivo capace di aiutare il bambino ad affrontare i vissuti traumatici in maniera funzionale. La CPP alterna incontri congiunti di gioco libero, in presenza di stimoli ludici selezionati per far emergere tematiche relative al trauma e favorire l'interazione sociale, ad incontri individuali con il caregiver. Gli interventi mirano a promuovere lo sviluppo attraverso il gioco, il contatto fisico e il linguaggio; offrire una guida riflessiva e non strutturata per lo sviluppo; creare comportamenti protettivi appropriati; interpretare sentimenti ed azioni (favorendo un incremento della consapevolezza interiore ed interpersonale, attribuendo un significato ai sentimenti disorganizzati e alle risposte e ai comportamenti incomprensibili); fornire sostegno emotivo e comunicazione empatica; offrire un intervento volto all'assistenza concreta ai problemi del quotidiano. Una risorsa preziosa messa a disposizione da questa metodologia di intervento è offrire

alla diade la possibilità di accedere ad una narrativa comune degli episodi di violenza vissuti che consenta al caregiver di giungere ad una posizione di comprensione e validazione autentica dei vissuti di sofferenza esperiti dal proprio figlio, fino a quel momento con molta probabilità negati e/o minimizzati. Il protocollo include inoltre strategie cliniche e illustrazioni cliniche per affrontare i principali domini di funzionamento dei bambini: gioco, disorganizzazione sensomotoria e alterazione dei ritmi biologici, paura, comportamenti a rischio, aggressione, genitorialità punitiva e critica, il rapporto con il caregiver maltrattante e/o assente.

Uno studio condotto da Lieberman e collaboratori nel 2005, ha tentato di valutare il risultato del trattamento per i bambini in età prescolare esposti a violenza coniugale, confrontando l'efficacia della psicoterapia infantile-genitoriale (CPP) con ulteriori tipologie di trattamento in uso. I risultati di questo studio supportano l'efficacia del CPP per i bambini in età prescolare esposti alla violenza coniugale. I bambini assegnati in modo casuale al CPP hanno mostrato miglioramenti significativi rispetto al secondo gruppo, sia in termini di riduzione dei problemi comportamentali totali che di diminuzione dei sintomi di Traumatic Stress Disorder (TSD). Avevano anche una probabilità significativamente inferiore di essere diagnosticati con TSD dopo il trattamento. Gli autori ritengono che tale risultato sia stato raggiunto in seguito alla promozione di un processo relazionale in cui una maggiore reattività materna ai bisogni di sviluppo del bambino rafforza la fiducia del bambino nella capacità della madre di fornire cure protettive. Parallelamente, le madri che hanno ricevuto CPP hanno mostrato un numero significativamente inferiore di sintomi di evitamento del PTSD alla fine del trattamento rispetto alle madri del gruppo di confronto. Gli autori sostengono che ciò derivi da un'attenzione costante, durante il trattamento, alla costruzione di una narrazione traumatica congiunta tra il bambino e la madre. Prima di essere coinvolte nello studio, molte madri hanno dichiarato di aver evitato di parlare della violenza coniugale con i loro figli per paura di danneggiarli o perché credevano che i bambini fossero troppo piccoli per accorgersene. L'attenzione terapeutica per dissolvere queste percezioni errate e le raffigurazioni spesso vivide dei bambini attraverso le parole e il gioco della violenza a cui avevano assistito, hanno offerto alle madri l'opportunità di elaborare queste esperienze all'interno della cornice protettiva del trattamento. In tale tipologia di trattamento anche le madri potrebbero aver trovato modi efficaci per elaborare il proprio stress traumatico parlando del trauma durante le sessioni congiunte e aiutando i propri figli con la regolazione emotiva e la correzione delle distorsioni cognitive.

In letteratura sono disponibili i risultati di un più recente programma di intervento in favore delle diadi vittime di violenza domestica, dal nome *Moms' Empowerment Program* (MEP), testato su un campione 181 bambini di età compresa tra 6 e 12 anni e le loro madri (Graham-Bermann & Miller-Graff, 2015). L'intervento prevede 10 incontri settimanali, essenzialmente volti alla costruzione di una conoscenza consapevole delle esperienze familiari di violenza vissute e la successiva analisi degli schemi cognitivi e degli adattamenti socio-emotivi da esse derivanti. Le prime sessioni mirano all'incremento del senso di sicurezza, allo sviluppo dell'alleanza terapeutica e alla formazione di un vocabolario emotivo condiviso; le sessioni successive sono maggiormente incentrate sui vissuti

traumatici, la gestione delle emozioni, lo sviluppo di strategie funzionali per la risoluzione dei conflitti e l'analisi delle dinamiche relazionali familiari.

Il trial di ricerca messo a punto dalle autrici ha visto il confronto di tre diverse condizioni, rispettivamente: 1. intervento individuale in favore del minore (Kid's Club Program - Graham-Bermann et al. 2007); 2. intervento congiunto sulla diade; 3. condizione di controllo in assenza di intervento. Le valutazioni effettuate a distanza di 8 mesi hanno mostrato un livello di riduzione significativo delle problematiche internalizzanti ed esternalizzanti unicamente nei bambini assegnati alla seconda condizione, pertanto coinvolti nell'intervento congiunto. Le autrici forniscono un'interpretazione di questo dato sostenendo che lo stress genitoriale agisce da fattore mediatore rispetto alla salute mentale dei bambini, pertanto un intervento che vede coinvolto il caregiver oltre che il minore sia inevitabilmente più efficace.

4. Gli strumenti figurativi negli interventi centrati sul minore

I protocolli di intervento passati in rassegna, pur presentando obiettivi e metodologie di lavoro differenti, rivelano un aspetto comune e trasversale un po' a tutti gli interventi in favore dell'età evolutiva: l'utilizzo degli strumenti figurativi (disegno, gioco, narrativa, drammatizzazione) come ausilio alle attività terapeutiche. Si osserva come il ricorso a tali strumenti, la cui peculiarità sta nel facilitare i processi di organizzazione del pensiero ed espressione degli stati affettivi, sia frequente soprattutto nell'area della psicoeducazione e del lavoro sulla regolazione emotiva.

Ad oggi, l'attività di psicoeducazione è spesso svolta attraverso il ricorso a schede illustrate, vignette, fumetti, cortometraggi: alla base di tale evoluzione la consapevolezza che l'uso concomitante di testo e grafica agevoli l'apprendimento. Le immagini, infatti, possono esercitare un'importante funzione esplicativa ed organizzatrice dei contenuti, facilitando al contempo il processo mnemonico e l'assetto motivazionale, specialmente in età evolutiva.

In tal senso, ad esempio, il NCTSN dedica un'ampia sezione alla raccolta di materiale psicoeducativo, differenti per il registro comunicativo utilizzato ma tutti di facile fruizione, a cui famiglie e piccoli utenti possono accedere liberamente per avere maggiori conoscenze rispetto al tema del trauma psicologico in età evolutiva, o di cui gli operatori del settore possono avvalersi nella loro pratica quotidiana.

Un altro strumento che ha grande potenziale terapeutico è la favola. Nello specifico degli interventi sulla violenza assistita se ne osserva un uso ricorrente per spiegare le dinamiche della violenza familiare e fornire uno spaccato sui principali vissuti emotivi di tutti i soggetti coinvolti. La favola rappresenta una preziosa risorsa nel lavoro psicologico con i bambini. Tra le peculiarità che ne fanno uno strumento terapeutico si sottolineano due aspetti: offrire ai più piccoli la possibilità di riconoscere e dar forma ai propri vissuti e pensieri attraverso l'identificazione con i personaggi, generalmente fortemente caratterizzati proprio per evocare con facilità alcuni contenuti mentali; stimolare il ragionamento, anche su tematiche più complesse ed emotigene, garantendo la possibilità di rimanere nello spazio protettivo dell'immaginazione. Come suggerito dalla

Santagostino (2006), il potenziale della favola risiede nella sua capacità di promuovere il processo di coscienza del sé, l'analisi delle dinamiche relazionali funzionali e disfunzionali, la ricerca di strategie di coping ai problemi più adattive e creative.

Di seguito si citano le principali favole presenti nel contesto letterario italiano che affrontano il tema della violenza assistita:

• *Alina e l'orco Ulrico*, di Anna Baccelliere (l'età indicata è dai 3 anni in poi): gli orchi non esistono solo nelle fiabe. Spesso, purtroppo, sono molto più vicini a noi di quanto si possa immaginare. Niente paura, però! Nella vita, come nel mondo della fantasia, ci sono sempre un principe buono o una fata madrina pronti ad aiutare le bambine e i bambini che si trovano in difficoltà. Pur senza cavallo bianco o bacchetta magica, gli eroi del nostro tempo trovano sempre una soluzione adatta. L'importante è prendere coraggio e confidarsi con la persona giusta proprio come fa Alina, protagonista di una fiaba delicata che offre a genitori, educatori e insegnanti uno strumento idoneo per insegnare alle bambine e ai bambini a proteggersi dalle violenze.

• *L'omino nero*, di Fulvia Degl'Innocenti: una storia da leggere insieme, genitori e figli, sul tema della violenza in famiglia. Il papà di Andrea alterna momenti di serenità e gioiosità ad altri in cui la rabbia gli esplode improvvisa e lo trasforma tanto "da non farlo sembrare più lui". Dopo uno di questi "attacchi", la mamma spiega a Davide perché il papà si comporta così. Ci vorrebbe un cavaliere coraggioso, spiega la mamma, che riesca ad andare dritto al cuore del papà per sconfiggere una volta per sempre l'omino nero. E Davide, con il suo amore, riuscirà a cacciare per sempre l'omino nero del suo papà.

• *Papà Orso* di Cecilia Eudave e Jacobo Muñiz (età di lettura: da 4 anni): Anna è una bambina come tante: gioca al parco, va a scuola, mangia cioccolatini, ha un cagnolino. Il suo papà, però, ultimamente si è trasformato in un orso. Non è più il papà che la coccola, la accompagna a lezione di danza o al cinema. È sempre di malumore, scatta per un nonnulla, grida spesso per casa, spaventandola. La mamma le dice che "è colpa del signor Stress"; così Anna è decisa a scovare questo signore cattivo per dirgli di lasciare in pace il suo papà. Come finirà la storia?

• *Piccolo Orso scopre l'Aurora* di Emanuela Nava (età di lettura: dai 3 anni): piccolo Orso potrebbe avere una vita felice. Purtroppo spesso Papà Orso si arrabbia e una vera tempesta si scatena; quando ciò accade, un ombrello magico offre riparo a Piccolo Orso e alla sua mamma. Però la paura non se ne va, e Piccolo Orso vive una vita invisibile e triste. Soltanto l'intervento di Lupa Gentile condurrà Piccolo Orso e Mamma Or-sa nel paese dell'Aurora, a vivere in una casa senza paura, ricca di colori e persone amiche. È una favola delicata che parla degli effetti della violenza domestica sui bambini.

• *Papà di sole e papà di tempesta*, di G. Boari, E. Buccoliero: c'è un papà che a volte è Sole e a volte è Tempesta. E quando è Sole in casa c'è allegria, gioia, si fa festa; quando è Tempesta bisogna nascondersi e fuggire via da lui.

Conclusioni

È attualmente un sapere ampiamente condiviso che la violenza assistita rappresenti un'esperienza

potenzialmente traumatica a cui possono seguire esiti profondamente negativi sulla salute psicofisica di tutti i soggetti che vi sono coinvolti.

Il ventennio oramai giunto a conclusione ha visto l'attenzione della comunità scientifica focalizzata soprattutto sulla necessità di giungere ad una definizione quanto più chiara e dettagliata possibile di questa forma di violenza, affinché fosse più facilmente riconoscibile non solo dalle vittime ma soprattutto dagli stessi operatori. Per anni, infatti, la violenza assistita è stata misconosciuta, confusa con altre condizioni, normalizzata negli effetti: ciò ha impedito per un lungo tempo di comprendere che ci fossero delle vittime da tutelare, per questo denominate "*invisibili*", e di decifrarne correttamente la sofferenza. D'altro canto, tale gap ha chiaramente rallentato anche lo studio e la ricerca su eventuali di percorsi di cura idonei per questa fascia di popolazione, i cui codici di vulnerabilità sono stati spesso fraintesi o non compresi adeguatamente su un piano etiologico. Ad oggi però la situazione appare ampiamente mutata: gli sforzi della ricerca e della clinica sono orientati all'esplorazione di quali siano le prassi di intervento più efficaci per la cura dei soggetti esposti a questa forma di violenza.

Stando a dati raccolti sino a questo momento, l'efficacia risiede nella possibilità di mettere a punto piani di intervento multimodali che coniughino azioni rivolte ai singoli soggetti coinvolti (minori e caregivers) con azioni finalizzate alla promozione di un sistema relazionale che di per sé agisca da fattore di protezione rispetto alla salute mentale dei bambini e ragazzi esposti alla violenza.

Bibliografia e Sitografia

Agosti s., & Vicari A. (2019). I Bambini Hanno Le Antenne: Gruppi Terapeutici Per Minori Vittime Di Violenza Assistita. http://www.psychiatryonline.it/node/8235

Anderson, K., & Van Ee, E. (2018). Mothers and children exposed to intimate partner violence: A review of treatment interventions. *International journal of environmental research and public health*, *15*(9), 1955.

Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza; CISMAI; Terre des Hommes (maggio 2015). Indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia Risultati e Prospettive. https://terredeshommes.it/dnload/Indagine-Maltrattamento-bambini-TDH-Cismai-Garante.pdf

Brown, E., Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2020). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: The Role of Caregivers. *Journal of Affective Disorders*, 277, 39-45. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.123

CISMAI (2017) Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri

Cohen J.A., Mannarino A.P., & Deblinger E. (2017) *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescent (2nd Ed.)*, Guilford Press, New York

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *165*(1), 16-21.

Cooke J.E., Racine N., Plamondon A., Tough S., Madigan S. (2019) Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health: pathways of transmission to child behavior problems. *Child Abuse & Neglect, 93* (2019), pp. 27-37, 10.1016/j.chiabu.2019.04.011

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., … & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245–258.

Fogarty, A., Woolhouse, H., Giallo, R., Wood, C., Kaufman, J., & Brown, S. (2019). Promoting resilience and wellbeing in children exposed to intimate partner violence: a qualitative study with mothers. *Child abuse & neglect*, *95*, 104039. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104039

Fong, V. C., Hawes, D., & Allen, J. L. (2019). A systematic review of risk and protective factors for externalizing problems in children exposed to intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, *20*(2), 149-167. DOI: 10.1177/1524838017692383

Fredland N., McFarlane J., Symes L., Maddoux J. (2018). Exploring the association of maternal adverse childhood experiences with maternal health and child behaviour following intimate partner violence. *Journal of Women's Health, 27* (1) (2018), pp. 64-71, 10.1089/jwh.2016.5969

Gainotti, M. A., & Pallini, S. (2008). *La violenza domestica. Testimonianze, interventi, riflessioni*. Edizioni Magi, Roma.

Graham-Bermann, S. A., & Miller-Graff, L. (2015). Community-based intervention for women exposed to intimate partner violence: A randomized control trial. *Journal of family psychology*, *29*(4), 537. DOI: 10.1037/fam0000091

Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E., & Halabu, H. (2007). Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,75*, 199–209. DOI: 10.1037/0022-006X.75.2.199

Goffredo M., Simeone M., & Foschino Barbaro M.G. (2017). "*Terapia Cognitivo-Comportamentale del trauma interpersonale infantile*" (a cura di) Maria Grazia Foschino Barbaro, Francesco Mancini, 2017. Franco Angeli

Herman J.L. (1992), *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, trad. it. Guarire dal Trauma, Roma, Magi.

Khamis, V. (2016). Does parent's psychological distress mediate the relationship between war trauma and psychosocial adjustment in children?. *Journal of health psychology*, *21*(7), 1361-1370. DOI: 10.1177/1359105314553962

Kimber, M., Adham, S., Gill, S., McTavish, J., & MacMillan, H. L. (2018). The association between child exposure to intimate partner violence (IPV) and perpetration of IPV in adulthood—A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, *76*, 273-286.

Larson, S., Chapman, S., Spetz, J., & Brindis, C. D. (2017). Chronic childhood trauma, mental health, academic achievement, and school□based health center mental health services. *Journal of school health*, *87*(9), 675-686. DOI: 10.1111/josh.12541

Levendosky, A., Bogat, G., & Martinez-Torteya, C. (2013). PTSD Symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women*, *19*(2), 187–201. http://dx.doi.org/10.1177/1077801213476458.

Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C., & Van Horn, P. (2015). *Don't hit my mommy! A manual for child–parent psychotherapy with young children exposed to violence and other trauma (2nd ed.).* Washington, DC: Zero to Three.

Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child–parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44,* 1241–1248. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181047.59702.58

Liotti G., & Monticelli F. (2014). *Teoria e Clinica dell'Alleanza Terapeutica – Una prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Raffaello Cortina Editore. Pagine 230.

Martin, C. G., Everett, Y., Skowron, E. A., & Zalewski, M. (2019). The role of caregiver psychopathology in the treatment of childhood trauma with trauma-focused cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Clinical child and family psychology review*, *22*(3), 273-289.

Moscati, F. (2005). Percorsi di riparazione nelle vittime di violenza assistita da maltrattamento sulle madri. In R. Luberti & M.T. Pedrocco Biancardi (a cura di), *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di aiuto per bambini che vivono in famiglie violente* (pp.93-115). Milano: FrancoAngeli.

Pernebo, K., Fridell, M., & Almqvist, K. (2018). Outcomes of psychotherapeutic and psychoeducative group interventions for children exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect, 79*, 213-223.

Reyes V., & Lieberman A. (2012) Child-parent psychotherapy and traumatic exposure to violence Zero Three, 32 (6), p. 20 Retrieved from https://www.chicagocac.org/wp content/uploads/2015/06/CPP-Reyes-Lieberman.pdf

Rizo, C. F., Macy, R. J., Ermentrout, D. M., & Johns, N. B. (2011). A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. *Aggression and Violent Behavior, 16*(2), 144-166.

Romano, E., Weegar, K., Gallitto, E., Zak, S., & Saini, M. (2019). Meta-analysis on interventions for children exposed to intimate partner violence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1524838019881737.

Scheeringa M.S., Myers L., Putnam F.W., Zeanah C.H. (2015) Maternal factors as moderators or mediators of PTSD symptoms in very young children: a two-year prospective study J. Fam. Violence, 30 (5) (2015), pp. 633-642, 10.1007/s10896-015-9695-9

*The National Child Traumatic Stress Network (*https://www.nctsn.org/what-is-child-trauma/trauma-types/intimate-partner-violence/interventions*)*

Tutus, D., Goldbeck, L., Pfeiffer, E., Sachser, C., & Plener, P. L. (2019). Parental dysfunctional posttraumatic cognitions in trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *11*(7), 722.

Woollett, N., Bandeira, M., & Hatcher, A. (2020). Trauma-informed art and play therapy: Pilot study outcomes for children and mothers in domestic violence shelters in the United States and South Africa. *Child Abuse & Neglect*, 107, 104564.

World Health Organization. Violence Against Women. Fact Sheet No. 239. 2017. Available online: http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women (accessed on 24 August 2018).

Yasinski, C., Hayes, A. M., Alpert, E., McCauley, T., Ready, C. B., Webb, C., & Deblinger, E. (2018). Treatment processes and demographic variables as predictors of dropout from trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for youth. *Behaviour research and therapy*, *107*, 10-18.

Yasinski, C., Hayes, A. M., Ready, C. B., Cummings, J. A., Berman, I. S., McCauley, T., ... & Deblinger, E. (2016). In-session caregiver behavior predicts symptom change in youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT). *Journal of consulting and clinical psychology*, *84*(12), 1066.

Silvia Paparusso, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione, Specializzanda presso U.O.S.D. Servizio di Psicologia-GIADA, Ospedale Pediatrico "*Giovanni XXIII*", Bari, e-mail: silviapaparusso13@gmail.com

Marvita Goffredo, Psicologa, Psicoterapeuta, Centro di Psicoterapia Cognitiva - *Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva* – AIPC, Bari
e-mail: marvi.goffredo@virgilio.it

Isabella Berlingerio, Psicologa, Psicoterapeuta, U.O.S.D. Servizio di Psicologia-GIADA, Ospedale Pediatrico "*Giovanni XXIII*", Bari, e-mail: isabella.berlingerio@policlinico.ba.it

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

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

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

La Well Being Therapy nella cura delle ricadute della Depressione

Francisca Trombetti[1]

[1]Psicologa- Psicoterapeuta, Associazione di Psicologia Cognitiva (APC) Roma

Riassunto

Il disturbo depressivo è la malattia mentale più diffusa la mondo ed è in continua crescita (World Health Organization- WHO, 2017). Gli esiti di tale disturbo possono essere molto gravi in quanto vanno ad influenzare notevolmente il funzionamento psico-sociale dell'individuo fino ad arrivare al suicidio. Anni di ricerca hanno dimostrato, che nonostante la gravità, la depressione è uno dei disturbi mentali che meglio risponde al trattamento (APA, 2010), ma sono pochi i risultati a lungo termine. Nel 2017 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato infatti che la probabilità di ricaduta nella depressione ha un range che va dal 35% al 65%. Per tale ragione oggi la sfida del trattamento della depressione sembra essere la prevenzione delle ricadute più che il raggiungimento della guarigione. Nel seguente lavoro verrà dunque illustrata una strategia psicoterapeutica risultata efficace proprio per ridurre la ricorrenza depressiva, ossia la Well Being Therapy. Il lavoro si apre con un breve inquadramento dei disturbi depressivi, analizzando in particolar modo il problema della ricaduta depressiva, per procedere successivamente ad illustrare nel dettaglio la specifica strategia terapeutica. La Well- Being Therapy, elaborata da Giovanni Fava, si avvale di tecniche cognitive-comportamentali e si basa sul monitoraggio del benessere psicologico che il paziente impara ad incrementare. Molte ricerche hanno evidenziato come tale strategia risulta particolarmente efficace nel ridurre il tasso di ricaduta nella depressione ricorrente, soprattutto nell'ottica di un trattamento sequenziale con la CBT (Fava e Tomba 2010).

Parole Chiave: Disturbo depressivo, ricadute, prevenzione delle ricadute, Well-Being Therapy

Well Being Therapy in the treatment of relapse of Depression

Summary

The depressive disorder is the most widespread mental health issue across the world, and it's in continuous growth (World Health Organization- WHO, 2017). The outcomes of this disorder can be extremely serious as it greatly influences the psychological and social functioning of the individual, potentially leading to suicide. Years of research highlighted that, despite its gravity, depression is one of the mental health disorders which better responds to treatment (APA, 2010), but there are few long term results.

Francisca Trombetti, La Well Being Therapy nella cura delle ricadute della Depressione *N. 27, 2021, pp. 43-63*
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.itt

In 2017 the WHO has estimated that the possibility of falling again into depression can be rated between 35 and 65%. For this reason, the real challenge in the treatment of depression seems to be more in the prevention of the relapse more than a full recovery. In the present document, we will focus on the Well Being Therapy, a psychotherapeutic strategy that has resulted effective in reducing the recurrence of depression. This presentation will first draw a short analysis of depressive disorders, focusing in particular on the issue of relapse, and subsequently it will focus on illustrating the specifics of this therapeutic strategy. The Well Being Therapy, developed by Giovanni Fava, utilises cognitive-behavioural techniques and is based on monitoring the psychological wellbeing, which the patient learns to increase. Multiple pieces of research have highlighted how such strategy appears to be particularly effective in reducing the relapse rate in recurring depression, especially in light of a sequential treatment with CBT (Fava e Tomba, 2010).

Key words: Depressive disorder, relapses, relapse prevention, Well-Being Therapy

I disturbi depressivi

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità (WHO, 2017) il disturbo depressivo è la malattia mentale più diffusa al mondo ed è in continua crescita. È stato infatti osservato che ogni anno si ammalano di depressione quasi 322 milioni di persone 4,4 % della popolazione globale) e di questi circa 1 milione si toglie la vita. Anche in Italia la depressione è il disturbo mentale più diffuso, colpendo più di 2,8 milioni di persone (WHO, 2017). Il 4,5 % delle persone ha più di 65 anni e raggiunge il 40% tra le persone istituzionalizzate (Ministero della Salute, 2013). Tale disturbo è in costante crescita; è stato infatti stimato che dal 2005 al 2015 si è verificato un aumento del 18,5 % di persone che vivono con la depressione.

Gli esiti della depressione possono essere molto gravi in quanto comportano un deterioramento del funzionamento psico-sociale della persona, fino ad arrivare al suicidio. Per questo motivo la depressione è stata classificata tra le prime 20 malattie fatali per l'essere umano (Mancini & Rainone, 2018).

Nonostante la gravità, la depressione è tra i disturbi mentali più curabili, è stato infatti osservato che l'80% e il 90% delle persone con una diagnosi di depressione risponde bene al trattamento farmacologico e psicoterapico (APA, 2010). In particolare, anni di ricerca e di lavoro clinico hanno evidenziato che l'approccio cognitivo comportamentale, messo a punto da Beck negli anni 60', è risultato efficace nella cura di tale disturbo e con il tempo si è arricchito di nuovi sviluppi e protocolli che vengono utilizzati soprattutto per la cura nella ricorrenza depressiva (Mancini & Rainone, 2018).

Nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi mentali (DSM-5) tra i disturbi depressivi troviamo il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (età evolutiva), il disturbo depressivo maggiore, il disturbo depressivo persistente (distimia), il disturbo disforico premestruale, il disturbo depressivo indotto da sostanze o farmaci, il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica, il disturbo depressivo con altra specificazione e il disturbo depressivo senza specificazione. Questi disturbi sono accumunati da umore triste, irritabile e dal senso di vuoto, a cui si aggiungono modificazioni cognitive e fisiologiche che incidono in modo significativo sul funzionamento sociale, lavorativo, somatico e cognitivo.

Il problema delle ricadute

In anni di ricerca molti autori hanno sempre più preso consapevolezza dei pochi risultati a lungo termine riguardo la terapia della depressione (Clarke et al., 2015; Fava et al., Cornelius et al., 2014). Già nel 1995 Ramana e collaboratori hanno condotto uno studio prospettico di due anni sul corso della depressione e avevano visto che il 70 % dei pazienti, trattati farmacologicamente, presentavano una remissione rapida dei sintomi entro sei mesi ma il 40% dei pazienti ha avuto una ricaduta nei successivi 10 mesi (Ramana et al., 1995)

La ricorrenza nella depressione è infatti un aspetto molto comune, il ritorno dei sintomi dopo la guarigione dall'ultimo episodio viene definita ricorrenza o ricaduta e costituisce la comparsa di un nuovo episodio depressivo. La ricaduta va tuttavia differenziata dal *relapse*, che consiste invece nella riacutizzazione dei sintomi dell'episodio depressivo trattato entro i 6 mesi. Nel 2017 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che la probabilità di ricaduta nella depressione ha un range che va dal 35% al 65%.

È noto che la depressione, a causa dei suoi sintomi, possa compromette significativamente la vita degli individui a lungo termine, (Prince et al.2007), aumentando il rischio di suicidio e la possibilità che si presentino alcuni problemi di salute (Kessler et al., 2007).

Inoltre, altri autori hanno notato che in campioni di pazienti non clinici, un terzo di tutte le persone che hanno avuto almeno un episodio depressivo ne avrà un altro (Eaton et al., 2008) e lo stesso vale per oltre tre quarti dei pazienti nei campioni clinici (Mueller et al., 1999). Secondo alcuni autori il numero medio di episodi per paziente è di circa quattro, con una durata media di circa 14-17 settimane per episodio se di gravità lieve o di 23 settimane se grave (Kessler et al., 2003).

La ricaduta rappresenta quindi un problema molto grave e necessario da trattare in quanto chi ne soffre presenta spesso sintomi più significativi rispetto al primo episodio e ha una minore fiducia nella possibilità di guarire.

Secondo il Dizionario di Psichiatria di Campbell (2009) due fattori influenzano il rischio che si presenti una ricaduta: 1) sintomi depressivi residui alla fine trattamento acuto e 2) una precedente storia di recidiva. Inoltre, è stato anche suggerito che gli episodi successivi diventino sempre più autonomi da eventi di vita stressanti e che la mancanza di supporto sociale e problemi di salute possa contribuire al rischio di ricaduta. Altri autori hanno notato che l'età di insorgenza è un fattore di rischio di recidiva, in particolare se l'esordio avviene prima dei 40 anni e ancora di più durante l'adolescenza. L'APA nel 2010 ha individuato i seguenti fattori di rischio che il clinico dovrebbe valutare per prevenire il rischio di ricaduta:

- Persistenza dei sintomi sotto-soglia
- Anamnesi precedente di DDM
- Maggior numero di episodi depressivi

- Gravità dell'episodio più severo
- Presenza di un disturbo distimico
- Gravità degli episodi iniziali e quelli successivi
- Precocità dell'esordio
- Presenza di un'ulteriore diagnosi psichiatrica
- Presenza di un disturbo medico cronico
- Storia familiare di un disturbo psichiatrico
- Difficoltà psico-sociali in corso
- Stile cognitivo negativo
- Disturbi del sonno persistenti

La depressione, quindi, è stata tradizionalmente vista come un disturbo episodico con un buon funzionamento inter-morboso (Angst et al., 1996) mentre ora molti autori ritengono che segua un decorso "recidivante-remittente" con sintomi sub-sindromici debilitanti che si verificano tra episodi discreti (Burcusa et al., 2002) e proprio per questo è stata appunto definita come una condizione cronica invalidante. Di conseguenza, la sfida del trattamento della depressione oggi sembra essere la prevenzione delle ricadute più che il raggiungimento della guarigione.
Per ridurre la vulnerabilità alla ricorrenza è stato osservato che occorre continuare il trattamento dopo la guarigione dall'episodio depressivo per cui è iniziato. La durata del trattamento può essere indefinita, soprattutto per i pazienti con una storia clinica caratterizzata da molteplici episodi depressivi. In merito al trattamento delle ricorrenze, l'uso degli antidepressivi costituisce il trattamento più diffuso tra i professionisti della cura, che possono essere integrati o sostituiti da trattamenti psicoterapeutici efficaci. Tra questi ultimi troviamo la terapia cognitivo comportamentale (CBT) nella sua forma classica, sviluppata da Aron Beck (1967) e nei suoi ultimi sviluppi come la Terapia Cognitiva basata sulla Mindfulness (Segal et al., 2002), la Terapia Interpersonale (IPT) (Markowitz et al., 2004), la Terapia Dinamica Breve (Jarrett et al., 1994) e la Well- Being Therapy (WBT).
Di seguito, sarà illustrata la WBT di Giovanni Fava.

La Well Being Therapy

La Well- Being Therapy è una strategia psicoterapeutica a breve termine elaborata da Giovanni Fava e si basa sul monitoraggio del benessere psicologico che il paziente progressivamente impara ad incrementare.

Nello sviluppare tale strategia terapeutica l'autore ha inizialmente rivalutato il concetto di guarigione (Recovery) come era inteso fino agli anni 80', ossia come mera scomparsa di sintomi. Attualmente è infatti evidente che le malattie mentali e nel caso specifico la depressione siano un disturbo cronico (Fava et al., 2007) e numerosi autori hanno osservato come in quest'ultima non sembra esserci una guarigione completa dopo la cura farmacologica. Dopo la fase acuta, infatti, sembrano persistere alcuni sintomi residuali quali ansia e irritabilità, che possono rappresentare dei potenti fattori di innesco per le ricorrenze (Fava et al., 1999). Di conseguenza, il concetto di guarigione doveva includere aspetti più ampi e non poteva essere ridotto alla scomparsa di sintomi (Fava et al., 1999). Ricordiamo infatti che quasi cinquant'anni fa l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non solamente l'assenza di disagio o malattia" (WHO 1948).

Fava si rifà dunque al concetto di benessere psicologico come concettualizzato dalla Teoria del Benessere Psicologico.

La teoria del Benessere Psicologico

Le origini della Teoria del Benessere Psicologico sono da rintracciare nel movimento di Salute Mentale nato negli Stati Uniti alla fine degli anni Cinquanta. Maria Jahoda è stata la figura più influente nel mettere in discussione la convinzione, dominante nella psichiatria di quei tempi, secondo cui la conoscenza della psicologia "anormale" potesse fornire parametri di riferimento per la psicologia "normale". L'autrice sosteneva che identificare la salute mentale con l'assenza di disturbo psichiatrico fosse di poca utilità, poiché la mancanza di un disturbo può essere un criterio necessario ma non sufficiente a garantire la salute mentale. In base al concetto di salute mentale positiva, Jahoda sosteneva che il massimo grado di felicità derivasse da un buon adattamento degli esseri umani al contesto ambientale e sociale di vita.

Tale concetto è stato successivamente ripreso e ampliato da Carol Ryff e dai suoi collaboratori che hanno sviluppato la Teoria del Benessere Psicologico (Ryff., 1989). Secondo la teoria, la salute e la malattia mentale sono altamente correlate tra loro, ma non sono estremi opposti dello stesso continuum. Ossia l'assenza di malattia mentale non equivale alla salute mentale. L'autrice giunge ad individuare sei dimensioni fondamentali del funzionamento psicologico positivo:

1- Controllo ambientale
2- Crescita personale
3- Gli scopi nella vita
4- Autonomia
5- Accettazione di sé

6- Relazioni positive con gli altri

Per quanto riguarda la dimensione del controllo ambientale, questa contribuisce a definire il benessere psicologico nella misura in cui gli individui hanno la percezione di padronanza e competenza nel gestire l'ambiente, controllando una complessa gamma di attività esterne. Gli individui con un buon livello di controllo ambientale fanno uso efficace delle opportunità a disposizione e sono in grado di scegliere o creare contesti adeguati alle necessità e ai valori personali. Gli individui deficitari in questa area presentano una sensazione di difficoltà nella gestione del ménage quotidiano, sperimentando un vissuto di impotenza nel cambiare o migliorare i contesti di vita. Non riescono a riconoscere le opportunità che si presentano loro e hanno la percezione di non controllare gli accadimenti. Si tratta di una problematica che emerge con grande frequenza, che comporta la vanificazione di ogni traguardo conseguito e amplifica ogni esito negativo. Questa dimensione può tradursi nei seguenti pensieri: "sono stato solo fortunato", "ancora una volta ho la dimostrazione di essere un fallimento". Il controllo ambientale rappresenta un mediatore o moderatore chiave delle esperienze di vita stressanti. L'individuo, infatti, in situazioni stressanti è capace di risolvere i problemi in maniera attiva ed efficace, piuttosto che essere passivamente travolto (Fava et al., 2009).

I pazienti depressi e ansiosi tendono a mostrare bassi livelli di controllo ambientale mentre per altri potrebbe essere l'opposto e una sensazione di eccessiva competenza può causare loro dei problemi.

Riguardo alla dimensione della crescita personale, secondo l'autrice per sperimentare benessere psicologico l'essere umano necessita di sentirsi in continuo sviluppo e crescita come persona, essendo aperto a nuove esperienze e sentendo che sta realizzando le proprie potenzialità. Gli individui con un buon funzionamento in questa area riescono a cogliere i progressi del proprio sé e del proprio comportamento nel tempo. Mentre sul versante deficitario di questa dimensione, l'individuo tende a vivere un senso di stagnazione personale, non ha il senso di miglioramento o espansione nel tempo, prova noia e disinteresse per la vita e si sente incapace di sviluppare nuovi atteggiamenti o comportamenti. L'individuo potrebbe enfatizzare la distanza degli obiettivi ancora non raggiunti, piuttosto che i progressi fatto verso il loro raggiungimento. La difficoltà principale del paziente con un deficit in questa dimensione è l'incapacità a identificare le somiglianze tra eventi e situazioni gestite con successo nel passato e quelli che devono ancora presentarsi all'esperienza (Mancini & Rainone, 2008). Inoltre, ci possono essere persone che fissano standard prestazionali non realistici, negando le esperienze negative passate e sovrastimando il loro potenziale.

I deficit nella percezione della crescita personale e nel controllo ambientale tendono ad interagire in modo disfunzionale, alimentandosi a vicenda (Fava et al., 2003).

La terza dimensione è relativa agli scopi della vita. La persona con un buon funzionamento in questa area ha obiettivi di vita (progetto esistenziale) e un senso di direzionalità. La vita presente e passata ha un significato e percepisce di avere le risorse disponibili per realizzare i suoi scopi.

D'altra parte, una persona deficitaria in questa area, fatica a dare un senso alla propria esistenza, presentando pochi obiettivi o scopi. In lei non è presente il senso della direzione, non ha prospettive per il futuro o credenze che diano significato alla vita. In proposito, è stato dimostrato che avere un progetto esistenziale povero, con pochi obiettivi o addirittura un solo scopo investito rende i pazienti vulnerabili alla ricaduta depressiva, anche perché il progetto esistenziale può essere facilmente compromesso (Mancini & Rainone, 2008).

La quarta dimensione è l'autonomia, la persona con un buon livello di autonomia è indipendente e autodeterminata. È in grado di resistere alle pressioni sociali che spingono ad agire e pensare in modi diversi, regolando il comportamento dall'interno e valutando il sé in base a standard personali. Sul versante deficitario di questa dimensione, l'individuo è eccessivamente preoccupato dalle aspettative e dal giudizio degli altri, che influenza il suo processo decisionale. L'individuo così si conforma alle pressioni sociali che spingono a pensare e agire in determinati modi, portandolo a mettere in un comportamento anassertivo e a nascondere le proprie visioni e le proprie preferenze. L'individuo, quindi, può persistere nel fare qualcosa anche quando non è nel suo interesse, sacrificando i propri bisogni. D'altra parte, alcune persone potrebbero arrivare a credere di dover fare affidamento solo su se stesse per risolvere i problemi e le difficoltà, pertanto non sanno chiedere né consiglio né aiuto. Inoltre, persone con alti livelli di autonomia potrebbero non essere capaci di cooperare con gli altri, di lavorare in gruppo e di avere relazioni strette (Fava et al., 2014). Nella popolazione clinica la dimensione dell'autonomia sembra essere strettamente correlata a quelle di controllo ambientale e degli scopi di vita, che a loro volta influenzano negativamente la percezione di autonomia.

La quinta dimensione del benessere psicologico è l'accettazione di sé. Un buon funzionamento in questa dimensione implica un atteggiamento positivo verso se stessi. Le persone infatti riconoscono e accettano i molteplici aspetti di sé, sia le buone che le cattive qualità. In modo opposto, gli individui con un funzionamento limitato in questa dimensione nutrono dei sentimenti di insoddisfazione nei propri confronti. Sono delusi da ciò che è accaduto in passato, sono afflitti rispetto ad alcune loro caratteristiche, desiderando essere diversi da come si percepiscono. Hanno inoltre aspettative e standard eccessivamente elevati e irrealistici. A causa della bassa accettazione, tendono ad essere guidati da atteggiamenti perfezionistici e a aderire a standard esterni piuttosto che interni, non riuscendo così a sviluppare una buona autonomia. Un basso livello di accettazione di sé si traduce nella continua critica di sé, della propria esperienza interna (emozioni, pensieri, sensazioni) e del proprio comportamento. In particolare, è stato dimostrato che l'autocritica costituisce il problema secondario e ricopre un ruolo fondamentale nello sviluppo e nel mantenimento della depressione (Fava et al., 2014).

L'ultima dimensione descritta da Carol Ryff è quella delle relazioni positive con gli altri. L'individuo con un buon funzionamento in questa area ha relazioni sociali calorose, soddisfacenti e basate sulla fiducia. Si preoccupano del benessere degli altri e sono capaci di forte empatia, affetto e intimità. Sono inoltre in grado di comprendere che le relazioni interpersonali si basano sul principio

del dare e ricevere. Gli individui che non hanno un buon funzionamento in questa area hanno poche relazioni sociali profonde basate sulla fiducia, trovano difficili essere calorosi, aperti e preoccupati per gli altri, sono invece isolati, frustrati nelle relazioni interpersonali e non sono disposti a scendere a compromessi per mantenere legami importanti con gli altri. Nel paziente depresso la deficitaria accettazione di sé, con la credenza di essere rifiutato e non amabile, può minare alla base la possibilità di relazioni positive con gli altri. La bassa accettazione di sé risulta, infatti, spesso correlata a una scarsa qualità relazionale (Fava et al., 2014).

Queste sei dimensioni definiscono quindi il benessere psicologico e possono essere valutate e analizzate tramite il PWB che è un questionario auto-valutativo composto da 84 items suddivisi in sei scale che rappresentano le dimensioni del benessere psicologico.

La WBT, basandosi su questa definizione del benessere psicologico ed enfatizzando l'osservazione di sé, con l'uso di un diario strutturato, compiti a casa, oltre che l'interazione tra pazienti e psicoterapeuta (Fava et al., 1999) ha come fine il raggiungimento di un funzionamento buono/ ottimale nelle sei dimensioni di Carol Riff. La WBT si avvale di tecniche cognitive-comportamentali e può essere utilizzata sia come unica strategia terapeutica, con un numero di sessioni che può variare da 8 a 16-20, ciascuna con una durata di 45 a 60 minuti, che in combinazione sequenziale con altre strategie psicoterapeutiche: in particolare la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e in questo caso il numero di sessioni può essere ridotto da sei a quattro (Fava et al., 2016). Tuttavia, come indicazione generale risulta difficile applicare la WBT come trattamento di prima linea in un disturbo psichiatrico acuto e risulta invece più appropriato considerarla per la seconda, terza fase del trattamento. In particolare, la combinazione sequenziale di CBT / WBT ha caratterizzato il suo utilizzo fino ad ora (Fava et al., 2016) specificatamente per i disturbi dell'umore (Fava et al., 2016) e per i disturbi d'ansia (Fava et al., 2005).

Nel concettualizzare la WBT Fava sottolinea l'importanza di una valutazione qualitativa piuttosto che sintomatica e categoriale, in cui attraverso il ragionamento clinico e la concettualizzazione del caso vengono indagate la vulnerabilità, i fattori di stress, il rischio del singolo paziente oltre che gli obiettivi terapeutici.

Fava afferma infatti che la WBT non è stata sviluppata per pazienti con specifici criteri diagnostici ma neanche per tutti i pazienti vulnerabili alla depressione (Fava et al., 2012). A tal proposito Fava propone un modello di assessment denominato macro-analisi (Fava et al., 2012) che non si limita ad un inquadramento diagnostico categoriale ma considera la presenza di aree problematiche nel funzionamento del paziente a livello individuale. In particolar modo l'assessment è orientato a comprendere le vulnerabilità del paziente che ne ostacolano le esperienze di benessere, oltre che valutare obiettivi terapeutici, considerando la fase del disturbo che il paziente sta attraversando.

In generale la WBT è particolarmente raccomandata se c'è una compromissione del benessere psicologico che rappresenta un fattore di rischio per la ricaduta.

Di seguito verrà illustrato la struttura in otto sedute.

Il programma in otto sedute della Well-Being Therapy

Prima seduta

Nella prima seduta vengono indagati i problemi attuali del paziente e la sua storia terapeutica pregressa. Fava sottolinea l'importanza di valutare i pazienti in fase di remissione, esaminando la sintomatologia delle ultime settimane in modo molto dettagliato. Inoltre, gli autori affermano che è molto utile avere un feedback da parte del paziente sulle sue esperienze terapeutiche precedenti, sui successi e i fallimenti. Fava sottolinea che in questa fase iniziale è importante inoltre illustrare al paziente il cambiamento di prospettiva della WBT, ossia che si concentra sugli aspetti positivi, cercando di liberarsi di ciò che ostacola il loro pieno sviluppo.

In questa seduta non viene tuttavia fornita una definizione di Benessere Psicologico e i pazienti vengono invitati a indicare in un diario, già strutturato, le situazioni di benessere, assegnando un punteggio in una scala da 0 a 100, dove 0 indica l'assenza di benessere mentre 100 indica le sensazioni di benessere più intenso.

Tabella 1. Esempio di diario:

Situazione	Benessere	Intensità (0-100)

Tabella 2. Verifica del livello di benessere

1. Sensazione generale di benessere	……
2. Sensazione di benessere relativa alla condizione fisica	……
3. Padroneggiare le situazioni della mia vita	……
4. Sensazione di essere diventato più saggio e maturo degli altri	……
5. Sentimenti ottimistici riguardo le possibilità future	……
6. Soddisfazione per i principi morali personali	……
7. Quando penso alla mia vita sono soddisfatto di ciò che ho conseguito	……
8. Sensazione di avere molto dalle relazioni con gli altri	……

Obiettivi della prima seduta:

1. Raccogliere informazioni su come si sente il paziente, sui momenti di sofferenza attuali e pregressi e sui trattamenti ricevuti fino ad ora.
2. Dare informazioni sull'articolazione e la modalità della WBT, tra cui il numero di sedute abituale, la loro durata, la cadenza e la richiesta di esercitarsi per conto proprio al di fuori delle sedute.
3. Definire un primo canale di comunicazione e gettare le fondamenta dell'alleanza terapeutica.
4. Assegnare i primi esercizi da svolgere al di fuori delle sedute (il diario del benessere).

Seconda Seduta

Fava afferma che quando il paziente ritorna possono aprirsi molti scenari possibili. È auspicabile che il paziente abbia portato con sé il suo diario o comunque si sia appuntato qualcosa.

L'autore ritiene che in questa fase occorra focalizzarsi sul monitoraggio delle esperienze e sentimenti di benessere che porta il paziente, con il fine di familiarizzare con l'osservazione di sé, che rappresenta un ingrediente terapeutico fondamentale, più che procedere con la ristrutturazione cognitiva o/e esposizioni.

L'autore suggerisce di chiedere al paziente come ha trascorso la settimana prima di guardare il diario. Circa quest'ultimo l'autore afferma che normalmente sono riportate poche situazioni con le relative valutazioni.

Tabella 3. es. Diario del benessere.

Situazione	Benessere	Intensità (0-100)
Ho dovuto affrontare una situazione difficile al lavoro	È andata meglio di quanto pensassi	30

In questa fase è importante identificare e discutere con il paziente che cosa abbia generato benessere in lui. In primo luogo, la situazione di benessere potrebbe essere infatti valutata come conseguente all'interruzione di ansia e angoscia, e in generale dall'interruzione del dolore mentale. In secondo luogo, il benessere potrebbe anche essere connesso con il vivere una particolare esperienza, qualcosa che il paziente fa.

Nella WBT si fa riferimento in modo specifico al concetto di "esperienza ottimale" o "Flow" (Csikszentmihalyi, 1998). Per esperienza ottimale si intende esperienze che sono caratterizzate da chiarezza negli obiettivi, feedback immediati, compiti impegnativi affrontati con adeguate capacità personali, equilibrio tra azione e consapevolezza del proprio agire, concentrazione sull'obiettivo di quel momento, percezione di controllo della situazione. In merito, molte ricerche hanno studiato la percezione soggettiva di un buon equilibrio tra l'elevato livello di impegno richiesto e le abilità personali possedute (Delle Fave 2011). Molti autori affermano che questa corrispondenza è dinamica. Infatti, la consapevolezza della difficoltà nel promuovere strategie di coping più raffinate e l'aumento di competenza incoraggiano l'individuo ad affrontare compiti ancora ancora più complessi (Delle Fave, 2013).

Numerosi studi hanno evidenziato come l'esperienza ottimale può manifestarsi in ogni contesto quotidiano, come il lavoro, lo studio, lo sport e le attività piacevoli.

Ritornando al diario del Benessere, circa le valutazioni assegnate dal paziente, Fava afferma che se le valutazioni sono molto basse (es 30), il terapeuta domanda al paziente che cosa potrebbe

rappresentare una valutazione di 70 o 80, con l'obiettivo di evitare che il paziente di focalizzi esclusivamente su bassi livelli di benessere.
Successivamente si chiede ai pazienti di monitorare quali pensieri e comportamenti interrompono l'esperienza di benessere.

Tabella 4. es. diario di benessere (Guidi et al., 2018):

Situazione	Benessere (0-100)	Pensieri e comportamenti interferenti
Sono a cena in un buon ristorante con mio marito e mio figlio	Mi sento calma e rilassata, mi godo la serata	Forse non dovremmo essere qui, questo ristorante è troppo caro per noi.

Obiettivi della seconda seduta:

1. Verificare come siano andate in generale le ultime settimane.
2. Passare in rassegna il diario del benessere e le difficoltà connesse alla sua compilazione.
3. Illustrare il concetto di esperienza ottimale.
4. Iniziare a comprendere quali sentimenti ed esperienze facciano sentire meglio il paziente.
5. Illustrare come monitorare i pensieri e i comportamenti che interrompono il benessere.
6. Proseguire con l'assegnazione degli esercizi fuori dalla seduta.

Terza seduta:

In questa fase di trattamento, il terapeuta si concentra nel rafforzare la capacità del paziente di monitorare i periodi di benessere e di indentificare i pensieri, credenze e i comportamenti che inducono a una prematura interruzione. Contemporaneamente il terapeuta si sofferma sulle difficoltà riportate dal paziente nello svolgimento degli esercizi assegnati.
Fava e collaboratori evidenziano che il punto di partenza degli esercizi di auto-osservazione è diverso rispetto alla ricerca dei pensieri irrazionali, condotta nella terapia razionale- emotiva di Ellis (Fava, 2018) e dai pensieri automatici nella terapia cognitiva, in quanto è orientato al benessere e non al disagio sperimentato dal paziente.
Successivamente gli autori suggeriscono di illustrare il concetto di pensiero automatico al paziente, con esempi estratti dal suo diario, soffermandosi sul fatto che vengono considerati come rappresentazioni effettive della realtà e pertanto vengono considerati fortemente veritieri. Fava ritiene che sia di estrema importanza l'esplorazione dei pensieri automatici in quanto permette di comprendere quali aree del benessere psicologico siano libere da questi ultimi. Oltre ai pensieri occorre esplorare se il momento di benessere viene interrotto da un comportamento. Il focus di questa fase della WBT è sempre l'automonitoraggio dei momenti in cui si fa esperienza del benessere. A questo punto si può ampliare il diario aggiungendo una quarta colonna, in cui il paziente viene invitato a riportare le interpretazioni di un osservatore, ossia che cosa un'altra

persona potrebbe pensare in quella situazione. L'obiettivo è di aumentare il livello di auto-osservazione.

Tabella 5. esempio di Diario con 4 colonne:

Situazione	Benessere (0-100)	Pensieri o comportamenti interferenti	Osservatore
Sono a cena in un buon ristorante con mio marito e mio figlio	Mi sento calma e rilassata, mi godo la serata	Forse non dovremmo essere qui, questo ristorante è troppo caro per noi.	Si, potrebbe essere un ristorante caro. Ma possiamo permettercelo una volta ogni tanto. È un bel posto e stiamo trascorrendo una bella serata insieme

Obiettivi della terza seduta:

1. Verificare come sono andate in generale le ultime settimane.
2. Passare in rassegna il diario del benessere e le difficoltà connesse alla sua compilazione.
3. Approfondire la comprensione di quali sentimenti e di quali esperienze facciano stare meglio il paziente, comprese le esperienze ottimali.
4. Iniziare a comprendere quali sentimenti e/o comportamenti portino ad una interruzione prematura del benessere.
5. Illustrare la colonna dell'osservatore nel diario del benessere.
6. Proseguire con l'assegnazione degli esercizi fuori seduta.

Quarta seduta

La prima fase del trattamento si è rivolta principalmente al monitoraggio dei momenti di benessere e nell'identificare i pensieri e i sentimenti che portano a una sua prematura interruzione. Nella quarta seduta invece si comincerà a lavorare in modo più sostanziale al cambiamento degli atteggiamenti nei confronti del benessere. In questa fase di trattamento ci si aspetta che il paziente sappia riconoscere senza difficoltà i momenti del benessere, che sia consapevole della loro interruzione e che inizi a domandarsi se sia possibile pensare o comportarsi in modo diverso da come fatto finora. In questa seduta il terapeuta ha un ruolo più attivo e dopo aver passato in rassegna ciò che il paziente ha annotato nel diario, inizia a lavorare seguendo due strade convergenti, seppur distinte. Una è in linea con la terapia cognitiva standard, in cui si esaminano le evidenze che confermano o smentiscono i pensieri automatici e si definiscono gli errori di pensiero

come: pensare in termini di tutto-o- nulla, saltare alle conclusioni, ingigantire gli errori o le difficoltà e minimizzare i punti di forza e le opportunità, iper-generalizzare e personalizzare.
La seconda strada consiste nello spiegare la prematura interruzione del benessere con l'aiuto delle dimensioni sviluppate da Marie Johoda ed elaborate da Carol Ryff (Ryff, 2014).
Le dimensioni vengono illustrate secondo il contenuto del diario del paziente che ne consente la discussione e non come una descrizione precostituita. Fava sottolinea che anche quando il diario offre spunti per tutte le dimensioni, bisogna prestare attenzione a non inondare il paziente con un eccesso di informazioni e discutere non più di due dimensioni in una singola seduta.

Obiettivi quarta seduta:

1. Verificare come sia andato in generale per il paziente il periodo intercorso.
2. Passare in rassegna il diario del benessere e le difficoltà connesse.
3. Approfondire la comprensione di quali sentimenti e di quali esperienze facciano stare meglio il paziente, comprese le esperienze ottimali.
4. Iniziare la ristrutturazione cognitiva dei pensieri e/o comportamenti che hanno portato ad una prematura interruzione del benessere, anche compilando la colonna dell'osservatore.
5. Illustrare una o due dimensioni psicologiche del benessere in accordo con il materiale portato dal paziente.
6. Proseguire con l'assegnazione degli esercizi fuori seduta (il diario del benessere, pianificazione di attività, assegnare esercizi gradualmente più complessi).

Quinta seduta:

Durante la quinta seduta si continua a promuovere l'impegno del paziente a monitorare le interruzioni di benessere e si passano in rassegna e si rinforzano le tecniche utilizzate per evitare tali interruzioni. Parallelamente, il terapeuta e il paziente si focalizzano su alcune aree del benessere psicologico che risultano essere più rilevanti per gli obiettivi attuali del paziente. A questo punto del trattamento è possibile ipotizzare che il paziente sia in grado di identificare con rapidità i momenti di benessere, di essere consapevole di cosa porti alla loro interruzione e di mettere in atto strategie alternative (indicate nella colonna dell'osservatore). Tali strategie sono solitamente utilizzate in modo retrospettivo, ossia quando il paziente riflette sugli eventi passati, ma nel corso del tempo dovrebbe riuscire a utilizzarle nel momento in cui si verificano i pensieri automatici.

Obiettivi quinta seduta:

1. Verificare come sia andato in generale per il paziente il periodo intercorso tra le sedute.
2. Passare in rassegna il diario del benessere e le difficoltà connesse.
3. Sostenere la comprensione e il conseguimento delle esperienze ottimali.
4. Proseguire con la ristrutturazione cognitiva dei pensieri/comportamenti che hanno portato

ad una interruzione prematura del benessere, anche compilando la colonna dell'osservatore.

5. Illustrare altre dimensioni psicologiche del benessere in accordo con il materiale portato dal paziente.
6. Proseguire con l'assegnazione degli esercizi fuori seduta (il diario del benessere, incoraggiare lo svolgimento e la pianificazione di attività, assegnare esercizi gradualmente più complessi).

Sesta seduta:

Durante la sesta seduta il terapeuta continua a passare in rassegna i tentativi del paziente di fronteggiare le interruzioni di benessere e di farlo nelle situazioni contingenti e non solo in modo retrospettivo. Il paziente viene inoltre incoraggiato ad affrontare le criticità che sembra essere in grado di gestire e a esporsi a situazioni che tende ad evitare. Si continua inoltre a focalizzarsi su aree chiave del benessere psicologico, rilevanti alla luce degli obiettivi di vita attuali del paziente.

Obiettivi sesta seduta:

1. Verificare la situazione generale del paziente.
2. Passare in rassegna il diario del benessere e il conseguimento delle esperienze ottimali.
3. Passare in rassegna la ristrutturazione cognitiva e come fronteggiare sul momento i pensieri automatici.
4. Illustrare altre dimensioni psicologiche del benessere in accordo con il materiale portato dal paziente.
5. Proseguire con l'assegnazione degli esercizi fuori seduta (il diario del benessere, incoraggiare lo svolgimento e la pianificazione di attività, assegnare esercizi gradualmente più complessi).

Settima seduta

Durante questa seduta il clinico passa in rassegna i cambiamenti del paziente, ribadendo che i momenti di benessere a lunga durata possono ancora presentarsi con una scarsa frequenza e che i miglioramenti hanno un andamento altalenante.

Il terapeuta può passare in rassegna la parte iniziale del diario, gli obiettivi conseguiti e le tecniche utilizzate per ottenere questi progressi. Paziente e terapeuta si focalizzano sulle aree del benessere psicologico discusse in relazione al diario del benessere. In questa fase di solito è possibile avere un profilo personale delle dimensioni psicologiche del benessere, non solo rispetto ai livelli di carenza o di eccesso, ma anche rispetto alle mutevoli interazioni tra loro. Di conseguenza è importante ricordare che qualsiasi miglioramento in un'area può determinare un miglioramento in altre aree in cui non si è fatto un lavoro specifico. Soprattutto nelle sedute finali si ha un focus integrato, ossia non solo basato in un solo aspetto (per esempio l'accettazione di sé) ma sul framework della Johada e di Carol Riff, adattato allo specifico paziente.

Obiettivi settima seduta:

1. Verificare la situazione generale del paziente e i suoi sentimenti riguardo all'approssimarsi della fine della terapia.
2. Passare in rassegna il diario del benessere e il conseguimento delle esperienze ottimali.
3. Passare in rassegna la ristrutturazione cognitiva e come fronteggiare sul momento i pensieri automatici.
4. Consolidare le strategie per migliorare il benessere psicologico.
5. Proseguire con l'assegnazione degli esercizi fuori seduta.
6. Sostenere la disponibilità a impegnarsi anche quando la terapia sarà terminata.

Ottava seduta

È l'ultima seduta. È importante passare in rassegna la situazione clinica del paziente e in parallelo, rivedere le problematiche che lo hanno portato all'attenzione clinica. Se in fase di assessment sono stati utilizzati strumenti mirati come "La scala del Benessere Psicologico" (Ryff, 2014) potrebbe essere utile somministrarli nuovamente e valutare le differenze insieme al paziente. Circa il numero delle sedute, ci sono pazienti che hanno bisogno di meno di otto sedute e altri che hanno bisogno di trattamenti più lunghi. Inoltre, occorre precisare che un buon livello di risposta e un cambiamento nella percezione del benessere, potrebbe non essere sufficiente, soprattutto in situazioni cliniche croniche e complesse. Perciò potrebbe essere opportuno discutere con il paziente programmi terapeutici ulteriori.

Inoltre, anche il drop-out è un problema sostanziale, come la mancanza di compliance negli esercizi assegnati.

Obiettivi ottava seduta:

1. Discutere i sentimenti del paziente sulla fine della terapia.
2. Passare in rassegna il diario del benessere.
3. Elencare i miglioramenti verificatesi nelle varie aree del benessere psicologico e nel livello globale di sofferenza.
4. Discutere delle difficoltà che hanno ostacolato l'autoterapia nella WBT.
5. Sottolineare l'importanza di continuare ad impegnarsi in futuro.
6. Dare la propria disponibilità per incontri successivi.
7. Vedere l'esperienza della WBT all'interno della storia terapeutica del paziente, inserendo la prospettiva di possibili trattamenti futuri.

Studi di efficacia:

Uno dei primi studi che è stato condotto per valutare l'efficacia della WBT risale al 1998. In questo studio Fava e collaboratori hanno coinvolto 20 pazienti con disturbi affettivi, tra cui depressione

maggiore, disturbo di panico con agorafobia, fobia sociale, disturbo d'ansia generalizzato e disturbo ossessivo compulsivo, precedentemente trattati sia farmacologicamente o con la CBT. Gli autori hanno suddiviso casualmente i pazienti in un programma di trattamento di CBT e in uno di WBT per i loro sintomi residui. I risultati hanno dimostrato che tutti i soggetti dello studio hanno riportato una significativa riduzione dei sintomi residuali, ma i pazienti assegnati al gruppo di WBT hanno avuto risultati migliori all'intervista clinica per la depressione (CID), oltre che un incremento del livello di benessere, soprattutto nella dimensione della crescita personale (Fava et al., 1998). In un altro studio Fava e collaboratori hanno studiato gli effetti specifici della WBT associata alla CBT sulla vulnerabilità della ricaduta nella depressione ricorrente. Gli autori hanno coinvolto 40 pazienti che avevano sperimentato almeno tre episodi depressivi, che erano in una condizione di remissione da almeno due anni e mezzo e che avevano beneficiato di un trattamento farmacologico poi scalato e sospeso. Gli autori hanno diviso casualmente i pazienti in due gruppi, uno che seguiva la CBT con la fase psicoterapeutica aggiuntiva della WBT e l'altro gruppo invece seguiva il trattamento standard di management clinico, con fattori terapeutici comuni aspecifici a diversi orientamenti terapeutici. Tutti i pazienti vennero monitorati con un follow-up di sei anni. Gli esiti dello studio hanno indicato che i pazienti con il trattamento sequenziale combinato CBT e WBT hanno avuto minori sintomi residuali dopo la sospensione dei farmaci e minori ricadute. È stato inoltre osservato che in un intervallo di tempo di due anni ricadeva il 25 % dei pazienti del trattamento combinato in confronto all'80 % del gruppo di gestione clinica, mentre nel follow-up di sei anni ricadeva il 40 % dei pazienti che avevano seguito il trattamento combinato contro il 90% dei pazienti con la gestione clinica aspecifica (Fava., 1998).

In un altro studio, Stangier e collaboratori (Stangier et al., 2013) hanno confrontato a livello sperimentale differenti approcci terapeutici per la riduzione della vulnerabilità alla ricaduta depressiva. Gli autori hanno preso in esame un campione formato da 180 pazienti in fase di remissione che avevano vissuto almeno tre episodi depressivi e l'hanno sottoposto a terapia farmacologica di mantenimento per tutto il periodo dello studio. I soggetti sono stati inoltre distribuiti casualmente a due condizioni sperimenti: 1) un trattamento integrato di CBT, WBT e MBCT e 2) un trattamento psico-educativo manualizzato che non prevedeva interventi psicoterapeutici specifici. Entrambi i gruppi sono stati sottoposti al trattamento per otto mesi e successivamente è seguito un anno di follow- up. Dai risultati emersi si evidenzia l'effetto significativo del trattamento integrato sul tasso di ricaduta per i pazienti con più episodi depressivi pregressi. Nel 2015 Guidi, Tomba e Fava hanno condotto una metanalisi con lo scopo di aggiornare l'efficacia nel ridurre il rischio di ricaduta depressiva dell'approccio sequenziale (farmacologico in fase acuta e psicoterapeutico con CBT nella fase residuale). Negli studi presi in esame venivano utilizzate varianti della CBT come trattamento psicoterapeutico: MBCT, CBT per i sintomi residuali e WBT. Gli autori hanno selezionato 30 studi di alta qualità con 728 pazienti sottoposti a trattamento sequenziale e 682 sottoposti al trattamento di controllo. I risultati suggeriscono un

effetto significativo del trattamento sequenziale nel prevenire le ricorrenze rispetto al trattamento di controllo (Guidi et al., 2015).

In conclusione, possiamo osservare che diversi studi hanno raccolto evidenze circa l'efficacia della WBT in trattamenti sequenziali associati alla CBT per ridurre il tasso di ricaduta nella depressione ricorrente. Tuttavia, quello che non è ancora del tutto chiaro è il contributo specifico della WBT nel trattamento psicoterapeutico integrato CBT e WBT sulla vulnerabilità depressiva, per cui sono necessari studi specifici.

Attualmente la WBT è dunque applicata per ridurre gli ostacoli psicologici, per contrastare la resistenza al trattamento, sostenere la sospensione farmacologica e favorire la resilienza.

La WBT, inoltre, negli ultimi tempi non viene solo applicata ai disturbi psichici e alla ricorrenza dei disturbi affettivi ma si sta sperimentando via via in diversi contesti, come l'educazione scolastica, la psicologia medica e la psicologia della salute, in cui alcuni adattamenti della WBT vengono proposti per migliorare lo stile di vita e il benessere psicologico (Fava, 2016).

Bibliografia

Angst J, Kupfer DJ, Rosenbaum JF. Recovery from depression: risk or reality? Acta Psychiatr Scand. 1996 Jun;93(6):413-9

APA, 2010

Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. Clin Psychol Rev. 2007 Dec; 27(8):959-85.

Campbell R.J. 9th ed. Oxford University Press; New York: 2009. Campbell's psychiatric dictionary.

Clarke, Mayo-Wilson, Kenny e Pilling, 2015; Fava, Ruini e Belaise, 2007; Nierenberg, 2008; Taylor, Cornelius, Smith e Young, 2014; Vázquez, Holtzman, Lolich, Ketter e Baldessarini, 2015).

Csikszentmihalyi M., Csikszentmihalyi I. (1998) (a cura di), Optimal Experience: Psychological Studies of Flow in Consciousness. Cambridge University Press, 31 lug 1992.

Delle Fave, A. (2013). Past, Present and Future of Flow. In S. A. David, I. Boniwell, & A. ConleyAyers (Eds.), The Oxford Handbook of Happiness (pp. 60-72). New York, NY: Oxford University Press.

Delle Fave A., Fava G.A. (2011), "Positive psychotherapy and social change". In BISWAS-DIENER; R. (a cura di). Spinger, New York, pp. 899-905.

Eaton W.W., Shao H., Nestadt G., Lee B.H., Bienvenu O.J., Zandi P. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. Archives of General Psychiatry. 2008;65: 513–520.

European Study of the Epidemiology of Mental Disorders-ESEMED, Ministero della Salute, 2013

Fava G, A, Tomba E, Grandi S: The Road to Recovery from Depression – Don't Drive Today with Yesterday's Map. Psychother Psychosom 2007;76: 260-265.

Fava G, A: Well-Being Therapy: Current Indications and Emerging Perspectives. Psychother Psychosom 2016; 85:136-145.

Fava G. (a cura di), Psicoterapia breve per il benessere psicologico. 2018. Raffaello Cortina Editore

Fava G.A, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R, Morphy MA. Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. Am J Psychiatry. 1998

Fava G.A, Rafanelli C, Tomba E. The clinical process in psychiatry: a clinimetric approach. J Clin Psychiatry. 2012 Feb;73(2):177- 84.

Fava G.A, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. J Pers. 2009 Dec; 77 (6):1903-34.

Fava, G. (1996). The Concept of Recovery in Affective Disorders. European Psychiatry, 11(S4), 185s-185s.

Fava, G. (1999). Subclinical symptoms in mood disorders: Pathophysiological and therapeutic implications. Psychological Medicine, 29(1), 47-61.

Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy: A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. Psychological Medicine, 28(2), 475–480

Fava, G. Ruini. (2014). Increasing Psychological Well-being in Clinical and Educational Settings.

Fava, Giovanni & Ruini, Chiara & Rafanelli, Chiara. (2005). Sequential Treatment of Mood and Anxiety Disorders. The Journal of clinical psychiatry. 66. 1392-400.

Fava, Giovanni & Ruini, Chiara. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34(1), 45-63. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 34. 45-63. 10.1016/S0005-7916(03)00019-3.

Guidi J, Rafanelli C, Fava GA. The clinical role of well-being therapy. Nord J Psychiatry. 2018 Aug;72(6):447-453.

Guidi J, Tomba E, Fava GA. The Sequential Integration of Pharmacotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of the Sequential Model and a Critical Review of the Literature. American Juornal of Psychiatry, 173 (2), pp. 128-137

ISTAT, 2018

Jahoda M. (1958), Current Concepts of Positive Mental Health. Basic Books, New York,

Jarrett, R. B., & Rush, A. J. (1994). Short-term psychotherapy of depressive disorders: Current status and future directions. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 57(2), 115–132.

Judd L.J. The clinical course of unipolar major depressive disorders. Archives of General Psychiatry. 1997;54:989–991.

Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Koretz D., Merikangas K.R.…Wang P.S. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) Journal of the American Medical Association. 2003;

Kessler R.C., Wang P.S. The epidemiology of depression. In: Gotlib I.H., Hammen C.L., editors. Handbook of depression 2. Guilford Press; New York: 2009. pp. 5–22.

Mancini F., Rainone A. (2008), "La dimensione Cognitiva", in B.G. Cassano, A. Tundo (a cura di), Lo spettro dell'umore. Psicopatologia e Clinica. Trattato italiano di Psichiatria. Terza Edizione, Elsevier-Masson, Amsterdam.

Mancini F. Rainone A. 2018. La mente depressa – Comprendere e curare la depressione con la Psicoterapia Cognitiva-Franco Angeli.

Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2004). Interpersonal psychotherapy: principles and applications. World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA), 3(3), 136–139.

Mueller T.I., Leon A.C., Keller M.B., Solomon D.A., Endicott J., Coryell W. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. American Journal of Psychiatry. 1999;156: 1000–1006.

Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M.R. No health without mental health. Lancet. 2007; 370:859–877.

Ramana, R., Paykel, E. S., Cooper, Z., Hayburst, H., Saxty, M., & Surtees, P. G. (1995). Remission and relapse in major depression. Psychological Medicine, 25, 161–1170.

Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 1989;57:1069–1081Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. Psychother Psychosom. 2014;83(1):10-28

Ryff CD. Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia. Psychother Psychosom. 2014;83(1):10-28

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. Guilford Press.

Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, Coryell W, Warshaw M, Turvey C, Maser JD, Endicott J. (2000) Multiple recurrences of major depressive disorder. Am J Psychiatry, 157, pp. 229-33.

Stangier U, Hilling C, Heidenreich T, Risch AK, Barocka A, Schlösser R, Kronfeld K, Ruckes C, Berger H, Röschke J, Weck F, Volk S, Hambrecht M, Serfling R, Erkwoh R, Stirn A, Sobanski T, Hautzinger M. (2013). Maintenance cognitive-behavioral therapy and manualized psychoeducation in the treatment of recurrent depression: a multicenter prospective randomized controlled trial. American Juornal of Psychiatry, 170 (6), pp. 624-632

World Health Organization Costitution. In: Basic documents. Geneva 1948

World Health Organization-WHO (2017), Depression and Other Common Mental Disorders- Global Health Estimates, Geneva.

Francisca Trombetti, Psicologa, Psicoterapeuta

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

Training: Tombolini-Farina.

e-mail: franciscatrombetti@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

psicoterapeuti in-formazione

2021, NUMERO 27

Il caso di Flora.
Disturbo Depressivo Maggiore, con ansia, in personalità con tratti narcisistici

Lucia Anna Belviso[1]

[1]Psicologa- Psicoterapeuta, Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari

Riassunto

Flora è figlia di una giovane mamma colpita dalla demenza di Alzheimer. Presenta diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore (con sintomatologia ansiosa) in personalità con tratti narcisistici. Si notano emozioni tipiche causate dal caregiving: depressione, angoscia, rabbia, senso di colpa, imbarazzo, stanchezza, esasperazione, disorientamento. Il quadro depressivo è complicato da un aspetto di personalità narcisistica che contribuisce a bloccare l'accettazione della perdita. Flora iperinveste in valori altruistici che vengono utilizzati narcisisticamente portandola a trascurare i propri bisogni affettivi di attaccamento e accudimento, impedendole l'elaborazione sana della perdita. A partire dalla formulazione del caso si è costruito un intervento partendo dalla psicoeducazione sulla demenza, sul caregiving, sul lutto e sulle reazioni depressive a seguito di una perdita. Attraverso tecniche CBT si è provato a normalizzare l'aspetto della pena e del dolore nonostante la perdita non sia fisica ma psicologica. Il processo di accettazione della malattia è stato affrontato anche attraverso l'applicazione di principi ACT di accettazione esperienziale e defusione e nell'ottica del Commitment aiutandola a ri-pianificare il suo quotidiano in funzione di scopi e valori personali.

Flora, nel corso della terapia, ha imparato a riconoscere i propri stati mentali di accudimento onnipotente e di autosufficienza obbligata e i costi che essi le comportano. La validazione e la valorizzazione dei suoi bisogni affettivi insieme alla comprensione delle sue difficoltà ha permesso alla paziente di capire il suo funzionamento e il perché della sua sofferenza in un clima empatico e collaborativo.

Parole chiave: Disturbo Depressivo Maggiore, personalità narcisistica, demenza, caregiver, CBT, ACT

The case of Flora. Major Depressive Disorder, with anxiety, in personality with narcissistic traits

Summary

Flora is the daughter of a young mother suffering from Alzheimer's disease. She has a diagnosis of Major Depressive Disorder (with anxiety symptoms) in personality with narcissistic traits. Typical emotions caused

Lucia Anna Belviso, Il caso di Flora.
Disturbo Depressivo Maggiore, con ansia, in personalità con tratti narcisistici *N. 27, 2021, pp. 64-73.*
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.itt

by caregiving are noted: depression, anguish, anger, guilt, embarrassment, fatigue, exasperation, disorientation. The depressive picture is complicated by an aspect of a narcissistic personality that contributes to block the acceptance of the loss. Flora hyper-invests in altruistic values that are used narcissistically, leading her to neglect her own emotional needs for attachment and care, preventing her from healthy processing of the loss. Starting from the formulation of the case, an intervention was built starting from psychoeducation on dementia, on caregiving, on grief and on depressive reactions following a loss. Through CBT techniques, attempts have been made to normalize the aspect of suffering and pain despite the loss is not physical but psychological. The disease acceptance process was also addressed through the application of ACT principles of experiential acceptance and defusion and in the perspective of Commitment, helping her to re-plan her daily life according to personal goals and values.

Flora, in the course of therapy, has learned to recognize her own mental states of omnipotent care and obliged self-sufficiency and the costs that they entail. The validation and enhancement of her affective needs together with the understanding of her difficulties allowed the patient to understand her functioning and the reason for her suffering in an empathic and collaborative climate.

Key words: Major Depressive Disorder, Narcissistic Personality Disorder, Dementia, Caregiver, CBT, ACT

Presentazione del caso

Flora è una donna di 34 anni, è figlia di una giovane mamma colpita precocemente dalla demenza di Alzheimer. Flora diviene sin da subito il caregiver di riferimento perché "non si fida di nessuno" e solo con lei la mamma è "amorevolmente curata". Il carico assistenziale sempre più pesante fa sperimentare a Flora un senso di fallimento personale associato a sfiducia verso l'altro, una percezione di incompetenza e impotenza che la fanno scivolare in stati di forte ansia e depressione.

In seguito all'istituzionalizzazione della madre, sembra sperimentare una depressione da vuoto, una difficoltà a darsi scopi e a trovare piacere in cose che non riguardino l'accudimento e la cura dell'altro. Inizia a manifestare un'intensa sintomatologia ansiosa associata a sentimenti di disperazione, tristezza, forte senso di colpa, depressione angosciosa, ostilità auto ed etero diretta.

Al nostro incontro, la paziente si presenta da sola e in una condizione emotiva alterata.

Il tono dell'umore appare orientato in senso ansioso-depressivo, l'eloquio è florido e fluido e con un vocabolario molto ricercato. L'igiene e la cura della persona sono buone, cosi come l'orientamento personale/autobiografico e spazio-temporale. Si mostra motivata a iniziare questo percorso insieme.

Descrizione del problema, o dei problemi, del paziente

Durante il primo colloquio Flora riferisce che da qualche settimana, dopo il ricovero della madre, ogni mattina al risveglio avverte un forte senso di nausea accompagnato da affanno, tachicardia ed episodi di pianto frequente. Presenta grandi difficoltà nell'addormentamento con frequenti risvegli notturni. Durante il giorno si sente sempre in allarme, agitata e "pronta al peggio". Flora sembra mostrare una difficoltà a investire sui propri bisogni emotivi, che non siano quello di accudimento invertito della madre. L'angoscia sembra essere più relativa al suo senso di impotenza che all'oggettiva problematica della madre. Appare sicuramente terrorizzata dalle condizioni di salute della madre ma ancora di più lo è rispetto al timore dell'invalidazione della sua capacità grandiosa di accudimento e del suo senso di agentività rispetto a ciò. Riferisce di sperimentare sentimenti contrastanti e confusi: la paura e la tristezza si mischiano con la rabbia e il senso di colpa, la

vergogna con l'invidia. Spesso si sente profondamente in colpa perché vive già come se la madre fosse morta, a volte si vergogna perché desidera che muoia così da non continuare a vivere nell'incertezza e nell'ambiguità. Per questo si disprezza.

Dalla somministrazione di test clinici per l'approfondimento si evincono le seguenti informazioni:

ASI =23: Flora presenta una lieve sensibilità alle manifestazioni somatiche legate all'ansia.

MMPI-II: il protocollo risulta valido: la scala L (65) fa emergere un atteggiamento difensivo ed eticamente rigido. Il punteggio nella scala Hy (76) evidenzia il probabile utilizzo di difese di tipo somatico in risposta allo stress e all'ansia e la possibile presenza di un'ostilità ipercontrollata. Il suo umore risulta disforico, deflesso, associato a sentimenti di angoscia, disperazione, tristezza con conseguenti disturbi del sonno e fastidi gastrointestinali (scala D:66). Inoltre sembra presentare una predisposizione paranoide caratterizzata da rigidità, sospettosità, irascibilità e permalosità (Pa: 68).

SCL-90: si evidenziano un insieme di sintomi e comportamenti correlati ad un'alta ansia manifesta (pt anx T:71) associati a sintomi depressivi (pt dep T:68) e ad un pensiero caratterizzato da sospettosità, ostilità e paura (pt Par t:62)

CORE-OM: scarso livello di benessere percepito.

BDI-II: pt=22 Depressione di grado moderato

Ipotesi diagnostica

Flora sembra presentare un Disturbo Depressivo Maggiore in quanto risultano soddisfatti i criteri secondo il DSM 5. Sembra delinearsi una depressione angosciosa reattiva alla malattia della madre. Va evidenziato altresì che lo stato mentale della paziente potrebbe essere assimilabile a quello di un lutto complicato e non elaborato. La paziente presenta inoltre aspetti di personalità narcisistica che complicano e aggravano in modo dinamico il quadro depressivo ma che non si concretizzano in un disturbo narcisistico da manuale. Flora presenta infine una significativa sintomatologia ansiosa reattiva alla depressiva angosciosa.

DIAGNOSI: Disturbo Depressivo Maggiore (con ansia) in personalità con tratti narcisistici.

Profilo interno del disturbo

La paziente mostra un profilo interno caratterizzato dai seguenti stati mentali: minaccia, perdita, rabbia, senso di colpa, sfiducia nell'altro.

A	B	C
Vado a trovare mia madre in RSA. Quando mi avvicino al vetro e lei sente la mia voce si innervosisce. Si calma solo con l'operatrice	Non mi riconosce più. L'ho persa. Sono sola. Senza di me sembra stare meglio.	Tristezza (10) Pianto
	B/	C/
	Non è giusto che ora l'operatrice sia più importante e vicina di me. È mia madre. Non posso accettare tutto questo. Vorrei essere al suo posto. Beata lei che può toccarla.	Rabbia eterodiretta(10) gelosia (10) Invidia (10) Alza i toni con l'operatrice e si appella al suo ruolo di figlia.

A	B	

Davanti al pc mentre cerca info su un progetto lavorativo	Non ho voglia di fare niente. Vorrei fare qualcosa. Ma non so che fare. Non riesco a concertarmi	Tristezza Ruminazione depressiva Inizia a piangere
C/A	B'	C'
	Come mi sono ridotta. Non riesco a combinare nulla neanche a lavoro. Che fallita	Tristezza + + Disprezzo verso se stessa Pianto Ad alta voce si autocritica

A	B	C
Va a casa dei genitori e trova caos e spazzatura che straborda mentre il padre è sul divano.	Che stronzo! Non lo sopporto! Io lo lascio e me ne vado. Si arrangiasse. Non posso pensare pure a lui! Ma non poteva capitare a lui!	Rabbia (10) Urla contro il padre, lo offende, lo sfida. Sbatte porte e oggetti e lo minaccia di non andare più da lui.

A	B	C
E in accademia a fare lezione e si sente felice quando all'improvviso le arriva una chiamata dalla residenza.	Che sarà successo? Perché mi chiamano? Devo rispondere. Speriamo che stia bene.	Ansia (10) Angoscia (10) tachicardia, sensazione di mancamento, nodo in gola Prima di rispondere fa profondi respiri e si siede.
	B/	C/
	Una volta che ero serena! Vorrei che queste incertezze finissero. Sarebbe stato meglio se fosse morta, piuttosto che questa agonia.	Rabbia verso la madre
C/-A'	B'	C'
	Che schifo di figlia che sono, cattiva. Dopo tutto quello che lei ha fatto per noi. Mi manca	Tristezza (10) Senso di colpa (10) Vergogna (10) Piange e si autocritica aspramente

Fattori e processi di mantenimento

Ciò che impedisce a Flora di accettare la malattia della madre è in primis l'essersi posta un "obiettivo impossibile" e cioè quello di essere onnipotente nella capacità di cura della stessa. I fallimenti di questo obiettivo vengono vissuti come prova di una sua incapacità e perdita di valore personale e non le permettono di vivere la depressione sana da lutto bloccandola nel processo di accettazione della perdita perché accettare la perdita significherebbe accettare un suo fallimento personale. Un altro fattore di mantenimento è la mancata legittimazione ad avere, nonostante la malattia della madre, altri bisogni come la realizzazione lavorativa o familiare. Un altro aspetto che non permette a Flora di accettare la perdita della madre consiste nel fatto che farlo potrebbe compromettere in maniera più definitiva la perdita stessa e ridurre ulteriormente la speranza di riavere la madre. Flora inoltre si autocritica aspramente per i propri stati interni che vengono vissuti e gestiti come fatti e caratteristiche stabili, negative, riguardanti la propria persona. Flora si critica aspramente quando sperimenta rabbia nei confronti della madre, quando prova vergogna all'idea di avere una madre demente, quando invidia gli altri più fortunati di lei e quando si disprezza perché arriva a desiderare la morte della madre. Un altro meccanismo di mantenimento può essere la messa in atto di un atteggiamento prudenziale. Flora per prevenire una minaccia diventa più prudente mettendo in atto una serie di comportamenti che non le permettono di sperimentare ipotesi alternative alla sua, negativa (fallire come accudente), perché valutate troppo rischiose (non chiamare la madre più volte al giorno potrebbe esporla ad un peggioramento imprevisto e ad un suo ulteriore fallimento). Un altro meccanismo che mantiene la sofferenza è il circolo disfunzionale

tipico della depressione e cioè quello faticabilità-passività: più Flora si percepisce stanca più diventa passiva, più la passività va ad aumentare e sarà aumentata a sua volta dalla faticabilità rinforzando l'idea di non essere più capace. Flora, infine, prende e usa i suoi stati interni negativi come informativi circa la gravità della perdita *(affect as information)* "se sto male vuol dire che la perdita è davvero drammatica"

Scompenso e esordio

Per la sintomatologia depressiva lo scompenso può essere fatto risalire alla diagnosi della demenza della madre e l'esordio al primo aggravamento della stessa (episodio in cui si è persa). Un ulteriore scompenso che ha aggravato i sintomi depressivi e facilitato l'esordio dei sintomi legati all'ansia angosciosa è avvenuto durante il *lockdown* con un peggioramento del quadro comportamentale della madre associato ad uno stato di isolamento sociale e affettivo. La sofferenza è ulteriormente peggiorata con l'istituzionalizzazione della madre e la fine del suo ruolo da *caregiver* e con la conseguente comparsa dei disturbi del sonno e gastrointestinali e un peggioramento della sintomatologia ansioso-depressiva. Il maggiore tempo a disposizione per sè stessa in assenza della madre da curare, ha aggravando ulteriormente lo stato di vuoto e di perdita di senso personale.

Vulnerabilità

STORICA: Flora, sin da bambina, percepisce la mamma minacciata nella relazione con il padre (matrimonio litigioso) e bisognosa di un sostegno. Questo stato di minaccia percepito la porta a sviluppare una fantasia di potere magico convincendosi di riuscire ad essere in grado di affrontare il tutto in autonomia avvalorata dal senso di gratitudine della madre nei suoi confronti. Tutto ciò la rassicura e sulla base di ciò inizia e crearsi un senso di valore personale. Quando aveva dieci anni, a seguito di un tentato suicidio del padre, la madre prende in mano il benessere della famiglia accusando sempre più stress psico-fisico. Aumenta, così, il dovere morale di non lasciare sola la mamma. Nel frattempo inizia a guardare il padre come ingrato, egoista e colpevole soprattutto quando scopre che a seguito di quel tentato suicidio ce n'è stato un altro. La consapevolezza di questi accaduti ha contribuito a creare in Flora un senso di sfiducia verso l'altro, incrementando i sentimenti di rancore e ostilità nei confronti del padre. Riferisce di essere stata vittima di bullismo e di aver imparato a ribellarsi e a difendere l'altro "più debole". Verso i 25 anni, vive un intenso periodo di depressione caratterizzato da profonda sfiducia verso la propria persona, il futuro e gli altri. La malattia del nonno paterno e poi la diagnosi della madre hanno incrementato lo stato di minaccia percepito e il suo senso di dovere altruistico, sebbene utilizzato narcisisticamente.

ATTUALE: Un eventuale peggioramento, o morte, della madre potrebbe portare ad un ulteriore aggravamento della sua sintomatologia con una compromissione definitiva sul suo senso di valore personale. Il suo senso di impotenza potrebbe divenire più generalizzato, stabilizzando aspetti di rabbia e ostilità e paranoia compromettendo altre aree di vita. Inoltre, ulteriori comportamenti superficiali e irresponsabili del padre potrebbero aumentare l'ostilità nei suoi confronti.

Trattamento Psicoterapeutico: contratto e scopi

La psicoterapia è iniziata a fine agosto 2020, ed attualmente è ancora in corso.

Il contratto terapeutico stabilito prevede quanto segue:

-Le sedute sono a cadenza settimanale
-Definizione e condivisione di un'ipotesi diagnostica anche attraverso l'ausilio di test psicodiagnostici;
-Impegnarsi negli *homeworks*
-Lavorare su tutte le aree problematiche individuate con priorità agli aspetti che attualmente compromettono in maniera rilevante la vita della paziente.
-Possibilità di proseguire la psicoterapia in remoto a causa delle restrizioni dovute alla pandemia da Covid-19.

Descrizione della terapia

In prima seduta Flora presenta un umore disforico, piange e mi riempie di domande circa la malattia e il possibile futuro decorso. Nel corso delle successive sedute si instaura una buona alleanza terapeutica e si procede con l'*assessment*. Durante l'*assessment*, mi sorge un dubbio clinico: il quadro depressivo sembra essere complicato da un aspetto di personalità narcisistica che contribuisce a bloccare l'accettazione della perdita e che si evince da una serie di frasi dette Flora "Solo io sono in grado di aiutare mia madre", "degli altri mi fido poco", "devo badare io a mia madre e a me". Sembra che la paziente abbia costruito il senso di sé attorno ad un'inversione dell'attaccamento con un accudimento invertito ed un'autosufficienza obbligata come risposta ad uno stato di minaccia percepito. Il crollo di tutto ciò, a seguito della malattia della madre, le causa una difficoltà di autodirezionalità, da vuoto narcisistico e tale sofferenza non è riconosciuta ma trasformata in ostilità etero o autodiretta. Nelle prime sedute ampio spazio è stato dato alla psicoeducazione sulla demenza e su tutto ciò che gira attorno a questa malattia. Con la ristrutturazione cognitiva si è provato a normalizzare l'aspetto della pena e del dolore e la sua difficoltà ad adattarsi ad una malattia con un decorso cosi ambiguo. Attraverso il *noi universale* ho provato a normalizzare e validare le sue emozioni contraddittorie facendole leggere testimonianze reali di altri *caregivers*. Attraverso la ristrutturazione cognitiva sono state messe in discussione le credenze disfunzionali rispetto al suo ruolo da *caregiver* (ho fallito) evidenziandone i costi al fine di sostituirle e/o integrarle con pensieri più funzionali (ho fatto tutto quello che potevo). A ciò è seguito un intervento focalizzato sulle *social skills* e sulle strategie di *coping* con lo scopo di migliorare le competenze per fronteggiare meglio eventuali situazioni più critiche.

Le sedute successive hanno previsto una psicoeducazione anche sul lutto e sulle reazioni depressive a seguito di una perdita sottolineando come la perdita psicologica della madre a seguito della demenza potesse essere paragonabile ad un lutto reale. In concomitanza con le tecniche più cognitive il processo di accettazione della malattia è stato affrontato anche attraverso l'applicazione di principi ACT di accettazione esperienziale e defusione. La paziente è stata addestrata ad accogliere le proprie esperienze rinunciando a cambiarne la forma e la frequenza. Sono stati

proposti esercizi di *mindfulness*. Con tecniche di defusione si è addestrata la paziente a ridurre la credibilità e il potere dei suoi pensieri aderendo meno al significato letterale dei suoi pensieri. Accanto all'accettazione si è lavorato nell'ottica del *Commitment* aiutando Flora a ri-pianificare il suo quotidiano in funzione di scopi e valori personali non invalidati in modo irrimediabile dalla malattia della madre. Sono seguiti poi interventi di rinforzo, di automonitoraggio e di riattivazione comportamentale. Parallelamente ho cercato di lavorare su aspetti più stabili caratterizzanti il funzionamento di Flora. Attraverso ABC e *laddering* ho addestrato la paziente a riconoscere i propri stati mentali di accudimento onnipotente invertito e di autosufficienza obbligata come modalità di reazione ad uno stato di minaccia percepito condividendo l'idea che la sua sofferenza derivi da una difficoltà ad accettare il fallimento di questi scopi sui quali lei ha costruito il senso di sé. Si è proceduto con il favorire il riconoscimento del proprio valore personale rendendo la paziente consapevole e legittimata a provare emozioni di tristezza a seguito del fallimento dell'accudimento e riconoscere attraverso l'analisi dei costi e dei benefici la differenza tra l'aspetto sano della pena e l'accudimento ipertrofico. Imparare a monitorare i propri stati mentali ed emotivi e favorire la capacità integrativa di cogliere le transizioni tra stati di vuoto e di disprezzo verso se stessa o altri facendole notare il rapporto con il suo accudimento grandioso è stato il processo successivo. Dopo di che si è proceduto attraverso la validazione e la valorizzazione ad addestrare la paziente all'individuazione dei propri bisogni emotivi rendendo Flora consapevole del proprio valore personale e legittimata ad investire sui suoi bisogni emotivi riducendo il secondario di colpa e tristezza nei confronti della madre. Essendo l'ostilità verso gli altri egosintonica si è proceduto a lavorare e discutere la sprezzante ostilità e autocritica verso sé stessa attraverso l'empatia, la comprensione, la validazione, accettazione e la normalizzazione di tutti i sentimenti: "si può essere tristi se ogni tanto si sperimentano fallimenti personali oltre che essere solo critici e arrabbiati".
Allo stato attuale la terapia è giunta a questo livello ma attraverso la ristrutturazione cognitiva con pensiero alternativo e tecniche di *Role playing* si potrebbe continuare a lavorare sulle capacità empatiche e relazionali e a terapia più avanzata si potrebbe lavorare su aspetti sintonici come la sua saccenteria, il disprezzo, l'ostilità e la sfiducia negli gli altri collegandoli al senso di minaccia e diffidenza infantile. Sarebbe opportuno normalizzare queste reazioni e spiegarle che probabilmente derivano da uno stato di minaccia originario caratterizzato da una bambina che vede la mamma minacciata nella relazione con il padre e si tranquillizza con una fantasia onnipotente di poter gestire da sola la situazione. Si potrebbe poi procedere con la ricostruzione della storia personale e delle memorie autobiografiche indagando meglio l'origine delle sue risposte di accudimento invertito e ipertrofico con lo scopo di renderla consapevole delle origini della sua sofferenza utilizzando la relazione terapeutica come esperienza correttiva.

Valutazione di esito

Con la terapia condotta sino ad ora Flora ha compreso e ha iniziato a dare un senso alla sua sofferenza sentendosi più accolta e meno sola nel processo di cura della madre e rispetto a tutto il

ventaglio emotivo che esso comporta. Lavorare in termini di accettazione le ha permesso di sentirsi più padrona dei suoi stati mentali migliorando la sintomatologia depressiva legata alla perdita della madre e dunque alle emozioni associate (pena, dolore, tristezza, senso di colpa) rafforzando l'investimento su scopi e valori personali non invalidati dalla malattia. Ha imparato a riconoscere e gestire la sintomatologia ansiosa, imparando ad associarla alla normale angoscia che si può sviluppare quando si ha a che fare con una malattia così incerta. Flora oggi appare in grado di riconoscere le sue emozioni e suoi diversi stati mentali e il ruolo che essi hanno nella difficoltà di accettazione della perdita intesa non tanto in merito alla malattia ma come fallimento nel suo processo di cura onnipotente. Mostra un atteggiamento più compassionevole nei suoi riguardi riconoscendo il giusto valore dei suoi bisogni emotivi e si mostra meno rigida e meno disprezzante rispetto alle sue debolezze.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition: DSM-5. American Psychiatric Publishing

Beck, A.T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York, United States: Guilford.

Carcione A., & Semerari A. (2018). *Il narcisismo e i suoi disturbi: la Terapia Metacognitiva Interpersonale*. Trento, Edizioni Centro Studi Erikson S.p.A.

Ferlini E., (2019). La terapia cognitivo comportamentale per caregiver di anziani con demenza. *Psicoterapeuti in-formazione*, numero 23

Fialho, P. P. A., & Köenig, A. M., Santos, M. D. L. D., Barbosa, M. T., & Caramelli, P. (2012). Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 70(10), 786-792

Harris R. (2011). *Fare ACT. Una guida pratica per professionisti dell'Acceptance and Commitment Therapy*. Milano: Franco Angeli Editore.

Hayes, S.C., & Follette, V.M., & Lineahan, M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford.

Hayes, S.C., & Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavioral change*. New York: Guilford.

Mancini, F. & Perdighe C. (2012), Perché si soffre? Il ruolo della non accettazione nella genesi e nel mantenimento della sofferenza emotiva. *Cognitivismo Clinico*, vol. 9(2), pp. 95-115.

Perdighe C. & Mancini F. (2012), Dall'investimento alla rinuncia: favorire l'accettazione in psicoterapia. *Cognitivismo Clinico*, 9 (2), pp. 116-134

Perdighe, C. (2018). *Lutti complicati: quando un evento di vita normale diventa una malattia*. In: Rainone, A., Mancini, F., (Eds). *La mente depressa: Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva*. FrancoAngeli

Perdighe C. et al. (2019) Caregiver di pazienti con Halzheimer: un intervento basato sull'ACT a 12 sedute. *Cognitivismo Clinico* 16,2, 140-158.

Perdighe C., & Mancini F. (2010). Il lutto. Dai miti agli interventi di facilitazione dell'accettazione. *PSICOBIETTIVO*. Fascicolo: 3

Perdighe, C., & Mancini, F. (2010). *Elementi di psicoterapia cognitiva*. Roma, Giovanni Fioriti Editore

Rainone A., & Mancini F. (2010a). "La depressione" in C. Perdighe, F. Mancini (a cura di) *Elementi di Psicoterapia Cognitiva*. Roma, Giovanni Fioriti, 2° Ed.

Rainone A. & Mancini, F. (2018). *La mente depressa: Comprendere e curare la depressione con la psicoterapia cognitiva*. Milano, Francoangeli.

Rosini P. (2019). "Goodby without leaving". Il lutto ambiguo nei caregiver di pazienti con demenza senile: modelli esplicatici e interventi di CBT. *Psicoterapeuti in-formazione*, n. 24 106-129.

Lucia Anna Belviso, Psicologa – Psicoterapeuta

Specializzata in psicoterapia cognitiva - AIPC BARI,

training Saliani A. e Semerari A.

e-mail: lucianabelviso@gmail.com

psicoterapeuti in-formazione

2021, NUMERO 27

Giovanni: un caso di ansia sociale e disturbo narcisistico di personalità

Fabrizia Tudisco* e Carlo Buonanno**

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Napoli
**Associazione di Psicoterapia Cognitiva, Roma

Riassunto

Giovanni ha 26 anni e una diagnosi di disturbo d'ansia sociale in comorbidità con disturbo narcisistico di personalità (APA, 2013). La sintomatologia di Giovanni trova la sua espressione in contesti sociali all'interno dei quali percepisce elevati livelli di minaccia che spesso esitano in crisi di panico e per i quali richiede un intervento psicoterapico. Il confronto con persone familiari e non, che incontra in contesti quotidiani, evoca il timore di essere visto senza alcun valore, specialmente in relazione alla condizione di ginecomastia che lo accompagna da anni e che cerca di nascondere. L'irrimediabile conseguenza della sovrastimata e terrifica probabilità di perdere valore è, nella sua mente, di trasformarsi in un essere deplorevole, allontanato da coloro da cui vorrebbe, piuttosto, ricevere ammirazione. Il timore della vergogna, la metavergogna, l'umiliazione, il senso di vuoto e la rabbia che derivano dal fallimento delle soluzioni adottate dal paziente al fine di difendere il proprio valore personale lo pervadono spingendolo ad adottare ulteriori strategie disfunzionali che compromettono altri scopi di vita guidandolo verso strade pericolose e controproducenti. Giovanni, infatti, per rassicurarsi di possedere ancora valore nei momenti in cui sente i precursori di questa irrecuperabile perdita, investe nella sessualità utilizzando uno schema di comportamento che, nella ricostruzione del profilo interno, riassumeremo con flirt→ sex→ go away. L'evitamento emotivo e comportamentale, sincerarsi di essere ammirato e oggetto di idealizzazione, tanto nella vita privata quanto nella stanza della terapia, alimentano e peggiorano il suo stato di sofferenza. L'alleanza terapeutica rappresenterà la chiave del cambiamento, diventando obiettivo, strategia e luogo dove esercitare tecniche di intervento. Saranno discussi il profilo interno, la pervasività della sintomatologia, il funzionamento relazionale, la disregolazione emotiva conseguente alla percezione dell'avvenuta perdita di valore, la forza dei meccanismi di mantenimento, il lavoro terapeutico, strategico e relazionale, gli aspetti di funzionamento del terapeuta che possono interferire con il successo della terapia.

Parole chiave: fobia sociale; disturbo narcisistico di personalità; alleanza terapeutica; strategie terapeutiche; temi personali del terapeuta

The case of Giovanni: a case of social anxiety and narcissistic personality disorder

Summary

The aim of the present study is to present the clinical case of Giovanni, a 26-years-old man, diagnosed with social anxiety disorder and narcissistic personality disorder (APA, 2013). His symptomatology emerges in

Fabrizia Tudisco e Carlo Buonanno. Giovanni: un caso di ansia sociale e disturbo narcisistico di personalità *N. 27, 2021, pp. 74-94.*
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.itt

social contests where he perceives high threat levels that have their outcomes in panic crises; that's the reason why he asks for psychotherapy treatment. When he's with someone that is familiar or unfamiliar to him, he feels afraid to be seen as worthless compared to them, especially in relation to his gynecomastia diagnosis that strongly tries to hide. The irreparable consequence of this overestimated terrific chance is to be transformed into a deplorable human being, he imagines to be distanced from people whereas he would be appreciated and admired by them. The fear of shame, the shame of being ashamed, the humiliation, the feeling of emptiness, the high levels of anger, are all sensations he feels when his efforts to defend his value fail. These feelings pervade the patient and lead him to further dysfunctional and dangerous strategies that compromise other life purposes. Indeed, Giovanni overinvests in sexuality in order to be sure to still have his value, adopting a pattern of functioning that we have described as flirt→ sex→ go away. His emotional and behavioural avoidance, being sure to be admired through idealization, in his daily life but also with his psychotherapist, seem to be maintenance factors of his suffering; the therapeutic alliance will be the key of his change, as goal, strategy and technique. We are describing his internal functioning, the symptomatology pervasiveness, the relational schemes, the emotional dysregulation that takes place when he's afraid to be worthless, the strength of maintenance mechanisms, therapeutic strategies and alliance aspects, functioning aspects of psychotherapist that may interfere with a successful intervention.

Key words: social anxiety disorder; narcissistic personality disorder; therapeutic alliance; therapeutic strategies; psychotherapist personal themes

Introduzione

Nell'intervento con pazienti complessi, dove la complessità risiede non solo nella ricostruzione del funzionamento e nella pianificazione, ma anche e soprattutto nella gestione della terapia, è bene che il\la terapeuta riesca a riconoscere le fasi di impasse, tollerando i momenti di stasi e le ricadute, eventi che se non riconosciuti possono provocare reazioni a cui consegue la rottura della relazione.

In alcuni passaggi della terapia con Giovanni, le soluzioni al timore di perdere il proprio valore personale attivavano nella terapeuta esperienze di minaccia al *proprio* valore personale. La percezione di questa minaccia ha alimentato i meccanismi di mantenimento della dipendenza del paziente e favorito interventi disfunzionali, in cui la terapeuta si sforzava di proporre soluzioni personali, sostituendosi al paziente, pur di non sottoporsi a tale eventualità catastrofica. Riconoscere questo ciclo disfunzionale, passare attraverso la paura e il rischio di poter perdere valore, accettare la difficoltà del paziente interpretandola come parte del *suo* funzionamento e non come prova della scarsa competenza professionale, ha rappresentato la chiave per uscire dall'impasse. Quando la mente del terapeuta è offuscata dalla nebbia provocata dai propri demoni, è importante fermarsi e rivalutare ciò che accade alla luce del funzionamento dell'altro.

Presentazione del caso

Giovanni è un giovane adulto di 26 anni, studente universitario che vive con entrambi i genitori, impiegati nell'attività di famiglia. Circa tre anni prima dell'accesso in terapia, avviene il suo trasferimento nel centro di una città del sud Italia a cui consegue un riadattamento, vissuto come complesso, della sua rete di amicizie e del suo stile di vita. G. accede spontaneamente alla terapia, dopo aver interrotto un breve percorso con una collega dalla quale si sentiva invalidato. In prima seduta, G. si presenta preoccupato di come andrà l'incontro e del possibile giudizio che la terapeuta

potrebbe formulare su di lui. Appare agitato, controlla il volto della terapeuta alla ricerca di segnali di disapprovazione e disprezzo.

Descrizione del problema

Nel primo incontro, avvenuto nel marzo 2018, G. riferisce di essere in balia di frequenti crisi di ansia che si presentano quando immerso in contesti sociali: a seguito di una lunga cura a base di cortisone per trattare l'asma in età evolutiva, gli è stata diagnosticata, in età adulta, la ginecomastia. In contesti nei quali si trova a confrontarsi con altre persone, familiari e non, sente una forte agitazione psicomotoria; in alcuni episodi tale agitazione sfocia in "*crisi di panico…un'ansia molto forte...una sensazione di irrealtà, di uscire dal mio corpo, non capisco nulla, sono confuso ed è terribile perché ho paura di morire!*". Per evitare tali sensazioni, G. ricorre a evitamenti e controlli, finalizzati a ridurre le sensazioni spiacevoli e a nascondere la sua condizione: mette una doppia maglia, abbina specifici tessuti, non mette zaino su entrambe le spalle, evita di andare in spiaggia, di spogliarsi davanti a estranei, si sottopone a continue visite mediche con la speranza che la ginecomastia sia diagnosticata come *vera* e gli risulti possibile l'operazione attraverso il Sistema Sanitario Nazionale. Questo malessere, negli ultimi tempi, si ripercuote sulla sua intimità con la fidanzata; G. riferisce di soffrire da circa un mese di eiaculatio precox e disfunzione erettile, con conseguente calo della frequenza dell'attività sessuale (evitamenti). La sessualità è un'area iperinvestita da G. poiché "*rappresenta il modo in cui posso sentirmi uomo...Ho già le tette, se poi ci mettiamo che non funziono nemmeno...*" Quando mi racconta della storia della ginecomastia è molto arrabbiato: non perdona i suoi genitori per essere stati così negligenti e poco informati e per averlo sottoposto a cure inefficienti e controproducenti. "*La ginecomastia...è tutta colpa loro...ma che razza di genitori non si accorgono che al figlio di 9 anni stanno spuntando le tette? e una volta che è così evidente, perché non avete fatto niente?*". La rabbia verso i genitori è carica di disprezzo, specialmente nei confronti del padre con il quale attualmente c'è solo uno scambio superficiale di informazioni, ma con cui non ha mai sentito di avere un rapporto profondo. La madre è descritta come una *"poverina"* che non riesce a separarsi da un uomo *inetto,* anch'ella dunque figura genitoriale poco stimata. G. ha un risentimento molto forte verso la madre, poiché il trasferimento ha nella sua mente una motivazione che non ha a che fare con il lavoro, così come affermato dai genitori. Piuttosto, G. ha creduto che la madre volesse avvicinarsi alla figlia più grande, incinta. G. riferisce che non ci sia nulla di male in questo, *"se non il fatto che mi hanno mentito. Bastava dire la verità...ma non potevano dirla…non potevano dire che mi avrebbero sradicato dal mio ambiente in cui sono nato e cresciuto perché volevano stare più con mia sorella...dovevano necessariamente dirmi una bugia...sono e sarò sempre il loro oggetto sacrificabile"*. Questa decisione, inoltre, ha modificato la sua condizione economica: prima avevano possibilità molto diverse mentre ora, dovendosi mantenere in città con costi più elevati e debiti da saldare per l'attività di famiglia (alcuni molto onerosi a causa di poca attenzione del padre), non riceve più quei benefit che in passato gli hanno permesso di condurre una vita agiata. In seduta, la rabbia di G. risulta evidente, perché il suo

viso cambia, si trasforma in un volto carico di disprezzo, disgustato, con il tono della voce che si alza leggermente. G. fa fatica a esprimere le emozioni. Per proteggersi dalla ginecomastia, egli ha portato a livelli molto alti il controllo sul proprio corpo (molti movimenti lo esporrebbero alla minaccia di essere visto). Questo modo di funzionare rende faticosa la comprensione delle sue emozioni. Queste ultime sono espresse in maniera distaccata, intellettualizzata, raccontate ma poco sentite ed espresse attraverso corpo.

Infine, G. riferisce difficoltà a dormire; non riesce ad addormentarsi se non a notte inoltrata e fa fatica ad alzarsi la mattina. Anche l'appetito sembra essere compromesso. Salta spesso i pasti e lamenta difficoltà di concentrazione. Questi sintomi gli provocano stanchezza e poca motivazione ad affrontare la giornata (*"Non so che stato sia, so che sono giù").*

Fin dal primo colloquio, mi rendo conto che G. controlla la direzione del mio sguardo, probabilmente per capire dove lo stessi direzionando e se mi stessi focalizzando sulla ginecomastia (questo aspetto emergerà nei colloqui successivi). Durante il colloquio, egli ha preferito indossare il giubbotto e tenere le braccia davanti al petto, come a volersi proteggere dalla mia vista. È stato da subito evidente la necessità di G. di nascondersi dall'altro.

Profilo interno

Attraverso la raccolta degli ABC è possibile individuare l'antiscopo terminale iperinvestito dal paziente (non perdere valore), i tentativi di soluzione messi in atto per evitare che il proprio valore sia compromesso\perso e le conseguenze emotive di tale compromissione/perdita, i *trigger* attivanti il funzionamento, le credenze disfunzionali.

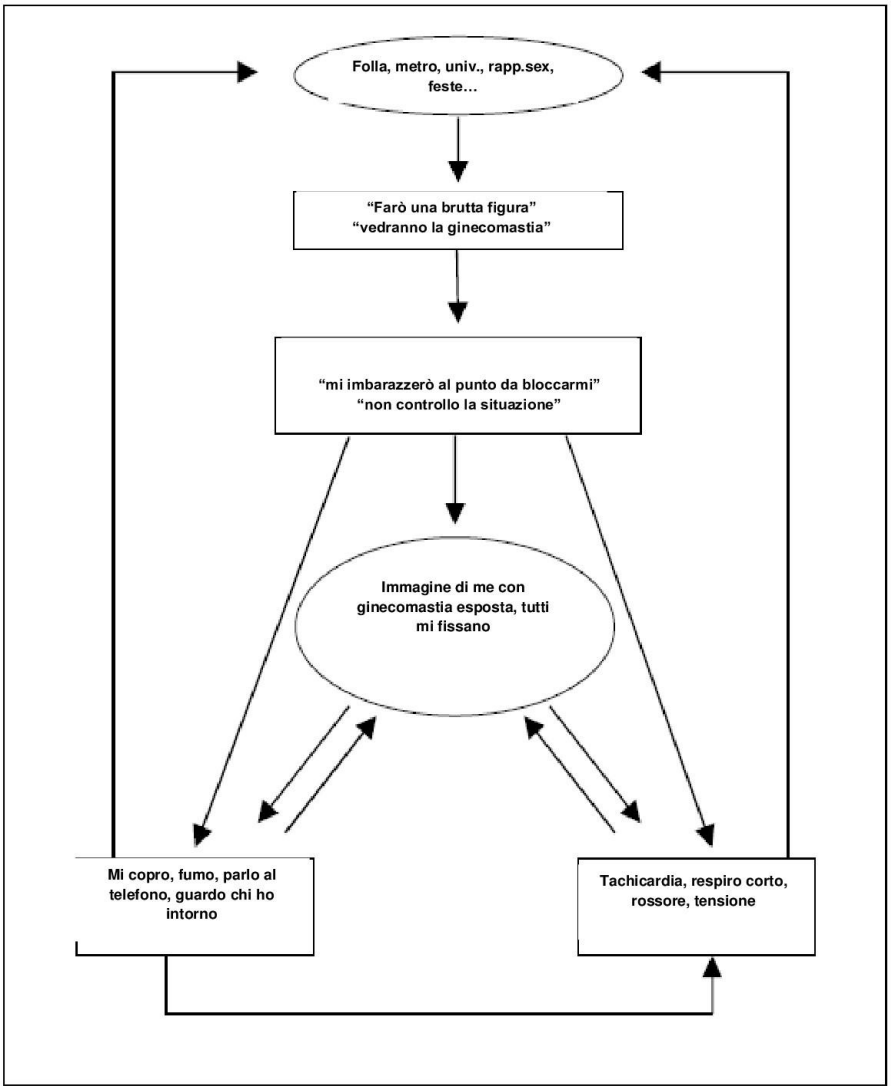
A	B	C
metro\università\feste\a lavoro con i genitori\rapporto sessuale\passeggiata tra la folla	stanno guardando me? avranno notato la ginecomastia? e se la notassero? che penserebbero di me? □ penserebbero che sono un mezzo uomo □ Mi trasformo in un essere schifoso e privo di valore	emozione: ansia\vergogna corporeo: rossore in volto, alle orecchie, tensione muscolare comportamento: controllo dell'ambiente (volti\sguardo); controllo del corpo (indossa maglia specifica\postura); protezione (fumo per avere mano davanti al petto); evitamento (rinuncia all'attività)
A2	B2	C2
emozione: ansia\vergogna corporeo: rossore in volto,	è ridicolo che io faccia tutto questo...	emozione: disprezzo rabbioso di sé

tensione muscolare comportamento: controllo dell'ambiente (volti); controllo del corpo (indossa maglia specifica\postura); protezione (fumo per avere mano davanti al petto); evitamento (rinuncia dell'attività)	non so gestire questa situazione, questa sofferenza… sono inutile, un essere inutile, faccio schifo e non valgo niente!!	comportamento: ruminazione rabbiosa emozione: tristezza, metavergogna, umiliazione comportamento: ruminazione, isolamento corporeo: senso di vuoto, spossatezza

A3	B3	C3
emozione: tristezza	non posso essere triste! Se sono triste sono debole! Se sento la tristezza mi confermo che sono inutile e privo di valore, ho la certezza di essere un *mezzo uomo*	emozione: paura comportamento: evitamento emotivo, distrazione, fumare, contattare la fidanzata per richiedere vicinanza corporeo: tachicardia, nodo alla gola

G. è spaventato dalle *"sensazioni brutte, intollerabili"* che sperimenta quando è in uno stato di tristezza profonda. *"Non so gestire questa sofferenza e inoltre credo che soltanto i deboli si sentano così come mi sento io"*. Si spaventa quando la tristezza aumenta di intensità e richiede conforto e vicinanza alle persone per lui significative (fidanzata e migliore amica); "*non che dica loro come mi sento, chiedo piuttosto se possiamo andare a farci un aperitivo, uscire un po'"*. La tristezza è annoverata tra le *emozioni dei deboli* e sentirla gli conferma la minaccia di essere senza valore, un *mezzo uomo*. Non potendola evitare, G. ricerca attività che spostino la sua attenzione. Nemmeno le persone di cui si fida maggiormente possono accedere ai suoi stati emotivi, compresa la terapeuta verso cui mostra *profonda ammirazione ("non vorrei mai che lei mi vedesse in un'ottica negativa")*.

Modello della fobia sociale di Clark & Wells (1995)



Il funzionamento di G. è caratterizzato da ansia (timore di vergogna) nei contesti sociali in cui valuta la propria immagine come compromessa: gli altri lo noteranno, noteranno con disgusto e disprezzo che lui non è un "*vero uomo*", ma un "*mezzo uomo*", con un valore nullo. Il disprezzo che gli altri proveranno per lui sarà fonte di profonda umiliazione dalla quale non riuscirà a difendersi poiché privo di qualità e capacità che possano salvarlo da questa condizione. Non prevede ci siano soluzioni che possano aiutarlo a ripristinare il suo valore, se non attraverso le relazioni sentimentali che gli garantiscono, attraverso una buona performance sessuale, di ottenere ammirazione, considerazione e rispetto. L'iperinvestimento nella sessualità ha determinato ciò che lui definisce "*ansia da prestazione*". Le aspettative sulla sua performance sono altissime; ha l'immagine della "*performance perfetta*" dalla quale non si può distanziare. Questa aspettativa porta

con sé ansia e necessità di controllo funzionali a evitare la catastrofe temuta.

A	B	C
Rapporto sessuale	Devo farcela! Devo riuscire ad avere un rapporto sessuale soddisfacente… e se non ci riuscissi? se fallissi? se avessi una perdita dell'erezione? e se non controllassi l'orgasmo? □ penserà che non sono capace nemmeno a fare sesso □ non ho valore	<u>emozione</u>: ansia, timore di vergogna <u>corporeo</u>: respiro corto, tachicardia, agitazione <u>comportamento</u>: controllo degli organi sessuali, ruminazione
A2	B2	C2
emozione: ansia, timore di vergogna corporeo: respiro corto, tachicardia, agitazione comportamento: controllo degli organi sessuali	è ridicolo che io faccia tutto questo... nemmeno sesso ora riesco a fare in modo decente? sono proprio un mezzo uomo, guarda cosa mi succede... non so gestire questa situazione, questa sofferenza… sono inutile, un essere inutile, faccio schifo e non valgo niente!!	<u>emozione</u>: disprezzo rabbioso di sé <u>comportamento</u>: ruminazione rabbiosa <u>emozione:</u> metavergogna, umiliazione <u>comportamento</u>: ruminazione, ritiro sociale, evitamento degli incontri sessuali <u>corporeo</u>: senso di vuoto, spossatezza

- Credenze su di sé: *": "io faccio schifo"; "se non ho una buona performance sessuale, non valgo nulla"; "la mia condizione non cambierà mai"; "la mia prestazione deve essere perfetta"; "se sono triste, sono debole e senza valore"*
- Credenze sugli altri: "*gli altri sono critici e rifiutanti"; "gli altri sono sempre all'altezza delle situazioni"*
- Antiscopi attivi nella mente di G.: non perdere il valore personale, non compromettere la buona immagine

<u>Funzionamento relazionale</u>: in contesti sociali il controllo sull'altro emesso da G. (osservare la

direzione dello sguardo dell'interlocutore) e il controllo del corpo (limitare i movimenti che possono esporre la ginecomastia) sono soluzioni al servizio dell'antiscopo della perdita del valore personale. Il contatto con gli uomini lo espone a un confronto pericoloso poiché sente a rischio la propria virilità (*"loro non hanno le tette"*). All'università, G. evita esami orali con professori uomini, mentre si sente più a suo agio con docenti donne alle quali mostra seduttivamente quelli che considera i propri punti di forza. Anche nelle relazioni amicali G. preferisce avvicinarsi alle ragazze, per questo le persone a cui è più legato sono donne. Con la migliore amica riferisce di *"potere essere quello che sono, lei mi vede veramente e non mi ha mai giudicato"*. Con lei il controllo è allentato (sulla ginecomastia, non sulla sofferenza\tristezza), non sente la necessità di difendersi dalla critica e dall'umiliazione; il suo valore non è minacciato e lo scopo del rango non si attiva. Tale clima privo di ogni giudizio di valore si è stabilito dopo molti anni di conoscenza e frequentazione, *"solo quando ho capito che con lei ero al sicuro…cosa ha fatto lei per farmi sentire al sicuro? Beh…c'è sempre per me, anche se non lo merito, anche se faccio schifo, lei non se ne è mai andata"*. Quando si trova in situazioni sociali informali nuove, in cui deve conoscere persone e farsi conoscere, il controllo aumenta. Con le donne attiva un tentativo di seduzione attraverso l'ostentazione di cultura letteraria, mostrando attenzione per l'interlocutrice e ricevere ammirazione, riconoscimento; con gli uomini, invece, mette in atto un vero e proprio evitamento fisico. La seduzione, o quello che chiameremo *flirt* nella ricostruzione dello schema, avviene attraverso l'ammirazione dell'altro e la ricerca di ammirazione dall'altro (*ciclo idealizzante*). A questa fase segue quella del *sex* in cui, attraverso il desiderio che l'altro manifesta nei suoi confronti e attraverso la performance sessuale, riesce a ottenere la conferma dell'interesse dell'altro che gli conferisce valore. Nella terza e ultima fase, quella del *go away*, l'altro non rappresenta più la fonte del suo valore: è ormai una fonte esaurita e andarsene per trovare altri rifornimenti è l'unica soluzione accessibile alla sua mente. Per questo motivo le relazioni intime si sono esaurite e sarà il motivo per cui si esaurirà, dopo qualche mese dall'inizio della terapia, anche la relazione con L.

FLIRT⟹SEX⟹GO AWAY

Questo schema si è attivato anche all'interno della terapia:

ABC del paziente in terapia

A	B	C
la dottoressa sembra stanca	e se non fossi abbastanza interessante per lei? se non valessi nulla per lei? □ perdita del valore personale	<u>emozione:</u> ansia <u>comportamento:</u> "*sa, ho pensato molto a lei e a quello che ci siamo detti; tutto quello che lei dice è sempre così giusto…*"

		corporeo: agitazione, peso al petto

ABC del terapeuta

A	B	C
"*sa, ho pensato molto a lei e a quello che ci siamo detti; tutto quello che lei dice è sempre così giusto…"*	quanto mi infastidisce questa adulazione, non è necessaria! Vuole prendermi in giro? sono mica una persona che può sedurre così!	emozione: rabbia, ansia comportamento: tendenza all'attacco verbale *"non c'è bisogno di adularmi come fa con il resto del mondo...con le donne"* corporeo: rossore, tachicardia

A2	B2	C2
tendenza all'attacco verbale *"non c'è bisogno di adularmi come fa con il resto del mondo...con le donne"*	ecco qui! la solita storia di Fabrizia che si sente attaccata, messa in discussione e si irrigidisce perché teme di essere trattata senza il valore che merita! NO! non è necessario! Nessun valore è compromesso qui. Se non gestisci questo pensiero rischi di fargli male e di farti male; è *solo* il modo di funzionare di G. Ormai lo conosci. Pensiamo, piuttosto a come vuole farmi sentire...come vorrebbe sentirsi lui? e come mi sto sentendo che effetto produce sulla nostra relazione? Sta mettendo in atto il *flirt?* Questo è pericoloso, devo intervenire. Dobbiamo comprendere che qui, lo schema, non è necessario	emozione: ansia, tristezza comportamento: respiro, disciplina interiore, gestione delle mie emozioni e comprensione del loro significato, rimando di ciò che accade corporeo: tachicardia

Fattori e processi di mantenimento

- Difficoltà sessuali: il timore di fallimento nella performance attiva in G. una iperfocalizzazione sugli organi sessuali (*"se mi concentro, riesco a non arrivare all'orgasmo*") che lo induce a sentire di più le sensazioni corporee di piacere e ad aumentare le probabilità che l'orgasmo arrivi precocemente
- Evitamenti e comportamenti protettivi: G. ha il timore che gli altri, nel notare la ginecomastia, lo giudicheranno negativamente (*un mezzo uomo*); questa rappresentazione è inaccettabile, al punto da costringere G. a impegnarsi in tentativi di soluzione molto costosi pur di evitare questo esito. Per esempio, G. si veste in modo inappropriato rispetto al meteo

(più maglie per nascondere la ginecomastia, anche d'estate), cammina in modo goffo, quando è per strada ha sempre qualcosa in mano (sigaretta o cellulare) per nascondere il tronco, indossa lo zaino su una sola spalla per evitare che le due tracolle possano aderire al petto, non va al mare. L'evitamento, quindi, sia emotivo che esperienziale, sebbene fornisca sollievo nel breve termine, non fa altro che confermare le minacce e conferma che l'unico modo che per gestirle sia evitare. Quindi, ogni volta che G. evita, conferma a se stesso di non poter fare a meno di evitare e ciò dà luogo a un circolo vizioso che renderà più probabile in futuro l'evitamento di altre situazioni affini.

- Attenzione e memoria selettiva: L'ipotesi focale di G. è che tutti lo noteranno e penseranno di lui che è un essere senza valore. Questa valutazione attiverà uno stato fisiologico di ansia e preoccupazione che non consentirà al paziente di testare ipotesi alternative rispetto a quella patogena; inoltre saranno più accessibili per G, ricordi di situazioni compatibili con l'ipotesi principale terrifica rispetto a episodi in cui la minaccia non era attiva.
- Ruminazioni: i pensieri costanti e fissi sui sintomi e sulla situazione temuta determinano una focalizzazione sulla catastroficità, impedendo a G. di costruire delle strategie di problem solving efficaci e, in tal modo, di generare soluzioni alternative. La ruminazione sullo scarso valore e sugli eventi che hanno contribuito a tale catastrofe lo induce a ricercare soluzioni per ristabilire il suo valore attraverso un ulteriore processo di ruminazione.
- Valore personale: G. iperinveste nel rango per aumentare il valore personale e nelle uniche soluzioni che ha imparato essere quelle che lo aiutano a non perderlo (es. ipercontrollo). Quando la minaccia è imminente, come nel caso della sessualità che fallisce, investe maggiormente nelle stesse soluzioni (es. più ipercontrollo) che mantengono la sensazione di pericolo del valore personale; così, in un circolo vizioso, aumenta la ricerca e la messa in atto delle soluzioni disfunzionali. Più sente di doversi proteggere dalla minaccia al valore, più evita di esporsi a emozioni di umiliazione e vergogna.
- Problema secondario: G. si critica per il suo malessere non riconoscendone la legittimità. Autosvalutazione, vergogna, rabbia, accrescono la sua tristezza e conducono a stati depressivi.
- Ragionamento emozionale: quando G. sperimenta timore di vergogna in contesti sociali, per timore di essere valutato negativamente (*mezzo uomo)*, il solo fatto di *sentire* le sensazioni della vergogna rappresenta per lui la prova che l'altro lo ha sicuramente visto e criticato ("*se provo vergogna, allora l'altro mi avrà giudicato).*
- Pensiero dicotomico e perfezionismo: nella mente di G. il valore personale può assumere solo due valori, tutto (100) o nulla (0). Oscilla quindi tra la ricerca del "valore 100" e la frustrazione di essere nel "valore 0", districandosi tra la preoccupazione di non raggiungere l'unico risultato soddisfacente possibile "valore 100" e la disperazione di avere "valore 0".

Non rappresentandosi i "uno spettro di colori" del valore, egli tende a performance perfezionistiche che, se raggiunte, sono le uniche a poterlo salvare dalla disperazione. Tuttavia, l'ansia che avverte durante le performances (sessuali, sociali/interpersonali, universitarie) raggiunge livelli di intensità così elevata da compromettere la performance stessa (come nel caso del rapporto sessuale). Se anche dovesse raggiungere il livello di "valore 100", avendo un dialogo interno fortemente critico, tenderà ad alzare continuamente gli standard che diventeranno sempre più irrealistici.

- Procrastinazione: la procrastinazione degli esami lo espone al senso di fallimento e all'inadeguatezza. G. focalizza su quanto manca al termine del percorso, in un costante confronto con i colleghi universitari che sono più avanti di lui; più persevera in questa operazione, più il senso di fallimento e inadeguatezza aumenta, alzando la probabilità di rimandare ancora gli esami e mantenendo la rappresentazione di sé di *"essere senza valore".*
- Ciclo dell'attaccamento: G. riferisce di non sentirsi capito principalmente dalla madre e dalla fidanzata. L'irascibilità e la rabbia discontrollata che esprime aumentano la probabilità di sentirsi incompreso, mantenendo un ciclo di comunicazione inefficace dei propri bisogni. Le manifestazioni rabbiose spaventano entrambe e, per evitare tali manifestazioni di G., le due donne aumentano le cure e l'attenzione nei suoi confronti. Nel periodo di maggio 2018, la fidanzata interrompe la messa in atto di questi comportamenti (l'interruzione è stata forse favorita dal coinvolgimento in un percorso di psicoterapia) e G. si sente confuso e ancora più arrabbiato. L'espressione dei suoi bisogni è disfunzionale e quando l'altro non risponde secondo le sue aspettative, spaventa l'altro agendo la rabbia e attivando un ciclo di allarme. La madre, ad esempio, tende a promettergli ciò che vuole per farlo calmare, ma quando G. scoprirà che queste promesse non potranno essere mantenute, ricomincerà a esprimere la rabbia in maniera discontrollata. Dunque, egli percepisce i suoi bisogni (la cui soddisfazione dipende quindi dall'altro) costantemente frustrati, con un aumento dello stato di sofferenza. L'altro diventa o si conferma qualcuno che lo rifiuta, confermandogli la credenza di "*non valere nulla*".
- Mancanza di autonomia: la rabbia che prova nei confronti dei genitori, frutto della credenza che non siano stati capaci di prendersi cura di lui, lo induce a pretendere che siano loro a dover provvedere economicamente ai suoi bisogni, pur non avendone le possibilità. Più le sue richieste vengono respinte o rimandate, più la rabbia aumenta, fino alla disregolazione. Questo *schema pretese** inficia la possibilità di costruire la propria autonomia, disinvestendo in parte dal bisogno di cura che i suoi devono soddisfare, per procedere nella direzione funzionale della cura di sé. Più pretende cure, più sarà dipendente da esse, non costruendo competenze di autonomia tali da permettergli di sentirsi efficace e di valore.
- Ciclo dell'idealizzazione: in terapia G. ammira e compiace il terapeuta. Durante il colloquio, quando si propongono interventi (di validazione emotiva e di indagine sui temi di

pensiero) dice: *"lei è l'unica a capire come mi sento, solo qui con lei posso essere chi sono"; "non ci avevo pensato, è una considerazione geniale".* Quando G. non sembra essere d'accordo con quanto emerge reprime il bisogno di esprimere ciò che pensa. L'idealizzazione del terapeuta e i comportamenti compiacenti (i.e. fare gli homework) rappresentano un fattore di mantenimento circa la mancata espressione dei suoi bisogni, una mancata realizzazione dell'autonomia e, soprattutto, non gli permettono di essere autentico nella relazione. Il timore di sentirsi umiliato e rifiutato mantengono, quindi, l'inautenticità della relazione e la difficoltà a sentirsi di valore seppur deludendo l'altro.

- Intolleranza all'umiliazione e alla vergogna: la tolleranza di G. a queste emozioni (attivate quando il valore è perso) è così bassa che anche solo una minima dose di sensazioni inerenti a questi stati emotivi attiva i comportamenti disfunzionali di controllo, protezione ed evitamento volti a difenderlo da questi stati emotivi, a loro volta prova del suo scarso valore.

* Schema pretese: G. presenta sia lo schema pretese puro (i genitori non hanno limiti nel viziarlo in termini economici) sia lo schema pretese compensatorio (meccanismo di ipercompensazione che G. usa per fronteggiare la deprivazione emotiva e l'inadeguatezza). *J.E.Young, J.S.Klosko, M.E.Weishaar; Schema Therapy, la terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità (2018).*

Scompenso

Il trasferimento, la perdita della sicurezza di un ambiente familiare, l'esposizione universitaria, le diagnosi mediche (i tirocinanti dell'ospedale in cui era a visita lo fotografano e lo guardano con curiosità), le difficoltà sessuali, sono tutti aspetti che hanno contribuito allo scompenso sintomatologico di G. nell'ultimo anno, prima di accedere alla terapia. Il "paese", i soliti amici, il liceo inteso come luogo ormai conosciuto, costituiscono per G. elementi di sicurezza, luoghi e persone da cui si sente protetto dalla minaccia del giudizio negativo e dalla perdita di valore. Il valore era inoltre alimentato dalla possibilità di esibire la sua ricchezza (nuova macchina, possibilità di frequentare locali costosi) ad amici e soprattutto a ragazze ma, successivamente, le restrizioni economiche a cui è stato costretto hanno contribuito alla perdita delle soluzioni che gli permettevano di salvaguardare il suo valore personale.

I tentativi di soluzione messi in atto da G. per non andare nella direzione dell'antiscopo non funzionano più nel nuovo assetto di vita o non possono più essere utilizzati. La sensazione di incapacità di preservare il proprio valore determina emozioni di rabbia verso chi lo ha costretto a cambiare tutta la sua vita (i genitori) e di umiliazione quando entra in contatto con il fallimento dei suoi comportamenti. Non accettando il cambiamento, pretende che i genitori gli ridiano ciò che gli hanno tolto o che trovino per lui soluzioni che non lo espongano a quelle sensazioni negative ("*dato che sei un pessimo padre, non sai stare con me, non abbiamo rapporto, almeno devi darmi i soldi*

che ti chiedo e che mi facciano vivere come voglio"). La diagnosi di ginecomastia prima e di varicocele poi lo espongono a una maggiore dose di vergogna nei contesti sociali, umiliazione e disprezzo di sé che, da gestire in un ambiente non più sicuro e senza strumenti per contrastarli, diventano intollerabili, innescando un aumento degli evitamenti e della sintomatologia ansiosa.
Le difficoltà sessuali più recenti acuiscono le emozioni descritte, completando il quadro dell'esordio sintomatologico.

Vulnerabilità

I fattori di vulnerabilità che contribuiscono allo sviluppo delle credenze disfunzionali di G. e l'iperinvestimento allo scopo di valore personale nascono all'interno dei legami di attaccamento. Il padre è descritto come *"persona troppo seria e critica"*, molto attento al giudizio degli altri. G. descrive alcuni episodi dell'infanzia in cui, quando la famiglia era al ristorante, ad esempio, a G. e alla sorella non era permesso parlare ad alta voce, alzarsi per andare a giocare con gli altri bambini, era importante che fossero disciplinati per non incorrere nella severità e nel disprezzo del padre che insisteva sull'importanza di "*non dare fastidio e rispettare le regole della buona educazione per non essere sulla bocca degli altri*" che avrebbero potuto giudicare negativamente la loro famiglia, umiliandola. G. in quei momenti provava rabbia e tristezza per quelle regole così rigide e per l'atteggiamento del padre ma il timore di una sua reazione sprezzante a cui sarebbe conseguita l'umiliazione lo portavano ad aderire a quelle norme. È all'interno della relazione con il padre che si strutturano le credenze sull'altro *critico e ostile* e contemporaneamente la rappresentazione di sé che evoca disprezzo (nel padre e, di conseguenza, nell'altro) attraverso i suoi comportamenti. Per evitare di essere esposto a tale disprezzo, G. impara a controllarsi, a controllare le sue emozioni e la loro espressione. Queste soluzioni gli torneranno utili quando, per nascondere la ginecomastia, estenderà questa soluzione ipercontrollante per non essere visto dall'altro. Lo sguardo del padre diventa per G. il segnale a cui ancorarsi: il suo sguardo rimanda approvazione o disprezzo, estremi di un unico continuum.
Il rapporto con il padre non prevede momenti di condivisione, viene descritto come *"freddo e distaccato*", poco attento ai bisogni emotivi del piccolo G e garantendo solo quelli più materiali\economici. In uno degli episodi raccolti in terapia, G. ha 7 aa e frequenta la scuola di tennis da qualche mese. Un giorno, mentre si prepara per l'allenamento, il padre torna a casa per avvisarlo che *"è troppo faticoso accompagnarti a tennis, sono stanco, quindi ora spogliati"*. G. ricorda con profonda tristezza e rabbia quel momento in cui si è sentito invalidato nel bisogno di essere supportato in un'attività piacevole per lui e per l'indifferenza che il padre ha mostrato per il suo piacere. *"Quanto valgono i miei bisogni, quanto valgo io, se nemmeno mio padre mi riconosce?"*. La continua negazione dei suoi bisogni costringe G. a cercare una strategia utile a soddisfare i suoi bisogni. Le soluzioni organizzate nello *schema pretese* diventano quindi soluzioni apparentemente funzionali. L'espressione rabbiosa dei suoi bisogni, con l'attivazione di cicli di

allarme che intimoriscono l'altro, da un lato gli garantiscono una parziale soddisfazione dei propri bisogni, dall'altro gli impediscono di procedere in autonomia.

G. ritiene che la madre sia sempre stata esagerata nell'elogiarlo: *"bravissimo"*, *"sei un genio*" sono esempi di manifestazioni che egli reputa eccessive a fronte del risultato comunicato. Da un lato la gratificazione del complimento gli conferisce amabilità e valore attraverso il risultato ottenuto, dall'altro sente immeritata l'ammirazione da cui cerca di svincolarsi minimizzando il risultato stesso e i suoi sforzi. La madre è descritta come comprensiva ma non responsiva. Nonostante manifestasse disaccordo verso le modalità relazionali del marito, non è mai stata autonoma nel prendere decisioni per cui, anche leggendo adeguatamente i bisogni di G. e legittimandoli, non riusciva a soddisfarli. Nel tentativo di calmare il bambino quando, non soddisfatto, il piccolo G. esprimeva in modo aggressivo tutta la sua frustrazione, lei prometteva di riuscire in un immediato futuro a "*cambiare le cose"*, a *"liberarsi"* del marito, senza però mantenere mai la parola.

Trattamento

OBIETTIVO	STRATEGIA	TECNICHE
Costruzione dell'alleanza terapeutica	Comprensione del funzionamento e riduzione del secondario (tristezza - rabbia)	Validazione - Normalizzazione delle emozioni - Condivisione profilo funzionamento
Costruzione della motivazione al trattamento	Valutare la disfunzionalità delle soluzioni adottate per fronteggiare la minaccia che producono un effetto paradosso di conferma delle ipotesi terrifiche; immaginare quali possano essere strategie più utili che ci diamo l'obiettivo di implementare nel funzionamento	Lista costi\benefici delle soluzioni – Alleanza terapeutica
Costruire sicurezza nella sessualità	Alleanza con lo scopo di G. per garantire migliore alleanza terapeutica; lavorare sulla minaccia di perdita del valore personale e sul controllo del proprio corpo	Terapia Mansionale Integrata
Risentire il proprio corpo	Allenare il pz a portare il proprio corpo in terapia e nei contesti di vita sociali VS nasconderlo per arrivare a una riconciliazione (nel lungo termine) con esso	ABC con attenzione posta alle sensazioni corporee (*"dove la senti questa emozione? che sensazione è?...)*

Ristrutturare idea dell'altro critico	Attraverso la ristrutturazione dell'idea dell'altro critico, si promuove un'esposizione sociale in cui il terrore di compromettere la propria immagine si ridimensiona	Tecnica della Torta – Tecnica della piramide capovolta - Disputing
Ridurre attivazione fisica ed emotiva in situazioni di minaccia all'immagine di sé	Portare a livelli tollerabili la sintomatologia per *evitare di evitare* situazioni minacciose. Si promuove, inoltre, la gestione delle emozioni intense che G. impara ad autoregolare	Mindfulness, controllo del respiro
Ridurre gli evitamenti e i comportamenti protettivi	Accettare dosi sempre maggiori di minaccia e timore di perdita di valore attraverso la ridefinizione stessa della perdita di valore e delle sue possibili cause e conseguenze	Vantaggi-Svantaggi degli evitamenti – Ristrutturazione cognitiva -Decentramento - Esposizioni in immaginazione – Acquisizione comportamenti più funzionali
Accettazione rischio maggiore di minaccia e umiliazione	Ridurre l'atteggiamento iperprudenziale e la sofferenza emotiva – Disinvestire dal rango come unica fonte di valore personale	Griglia di accettazione – Ristrutturazione cognitiva - Dialogo socratico – Lista Valori ACT
Aumentare tolleranza al dolore (tristezza)	Ristrutturare la credenza "*se sono triste, sono debole, un mezzo uomo"* per costruire risorse necessarie a tollerare la tristezza, accettando la *sua natura di essere umano*	Doppio standard sulla tristezza; narrazione (in seduta) di eventi dolorosi (es. suicidio recente del suo migliore amico) senza ricorrere a evitamento emotivo; *scrivere del suo dolore* - Alleanza terapeutica (stare con lui nella sofferenza, validazione e normalizzazione)
Costruire sicurezza	Ridurre la dipendenza dai segnali esterni di sicurezza, costruendo motivazione interna; costruzione di una rappresentazione di sé stabile e più positiva	Focalizzazione sulle controprove dell'idea di essere *schifoso*; costruire abilità che aumentino la percezione di sicurezza interna
Costruire autonomia	Incrementare capacità di prendersi cura di sé secondo il suo piacere, superare le difficoltà, cavarsela (anche) da solo VS dipendenza	Ricerca del lavoro

Ridurre la vulnerabilità	Costruire immagine di G. che si prende cura di sé per rinforzare autonomia e sicurezza; ridurre la rabbia verso i genitori	Imagery with rescripting
Gestire le ricadute	Costruire una cassetta degli attrezzi utili a gestire eventi attivanti il valore personale per evitare che si re-inneschi la dipendenza	Rivisitazione terapia - cosa ha funzionato e potrebbe aiutare a superare i momenti più faticosi

I rischi di impasse in terapia e le tematiche del terapeuta:

- gestione degli attacchi: ci sono stati momenti in cui G. non si è sentito validato negli sforzi a cui si stava sottoponendo per fronteggiare le sue paure. Il suo stato mentale e le risposte evocate nel terapeuta, sono riportate in tabella con una formulazione in ABC.

A	B	C
non leggo nella terapeuta ammirazione sufficiente per gli sforzi che sto mettendo in atto	non mi capisce, non si interessa di me, non valgo niente **non mi riconosce; perdo valore**	emozione: ansia\rabbia comportamento: attacco: *sembra sempre che per lei, quello che faccio, non è mai abbastanza*

ABC del terapeuta

A	B	C
sembra sempre che per lei, quello che faccio, non è mai abbastanza	ma quante volte vuole che gli dica quanto è stato bravo? vuole dirmi che non faccio abbastanza per lui? insomma, qui nessuno sembra fare abbastanza per l'altro! **non mi riconosce! perdo valore!** che terapeuta sono se il mio paziente non mi riconosce? Uh! ma è come si sente lui! sempre questo valore che sento di perdere, trascinata dal suo stato mentale "contagioso"...	emozione: ansia\rabbia comportamento: respiro *"mi dispiace che le sembri che io non sia fiera di lei...mi dispiace molto, proprio perché invece immagino quanto sia difficile per lei fare quello che fa! lo so che sta combattendo contro i suoi demoni, e so che significa averli come compagni poco graditi di viaggio. C'è qualcosa in particolare che qui, come fuori, desidererebbe vedere nell'altro, quando compie imprese di diverse entità. Sembra però che non sia abbastanza e quindi, chiaramente, si arrabbia e non si sente riconosciuto. Lo capisco, anche io ora non mi sono sentita riconosciuta e sto provando esattamente ciò che sta provando lei…"*

In questi episodi, come in altri in cui ricade nel funzionamento patogeno, G. desidera l'ammirazione dell'altro, anche del terapeuta, che valga lo sforzo del suo lavoro. Ha timore di non essere riconosciuto, è spaventato di non ricevere abbastanza ammirazione da motivarlo ulteriormente nel suo percorso terapeutico, un'ammirazione che lo sottragga all'umiliazione e alla vergogna. In questi passaggi è evidente come le sue risposte emotive e comportamentali abbiano evocato nella terapeuta il suo stesso stato mentale: il timore di non essere riconosciuto e di perdere valore.
Per prevenire e tirarci fuori da questi cicli interpersonali, abbiamo lavorato sulle sue aspettative, sulla sua vulnerabilità al tema della minaccia al valore personale e sulle ipotesi alternative che possano spiegare il comportamento dell'altro.

- gestione del timore di perdita del valore personale: quando esposto a trigger concordati nella gerarchia E\RP, G. prova ansia e il terapeuta sente di doverlo proteggere da questa sensazione spiacevole (vedi ABC)

A	B	C
G. si mostra teso, preoccupato, entra in ansia, mi dice che è troppo difficile per lui esporre la sua ginecomastia	è spaventato, devo proteggerlo Se però non vai mai avanti che si fa? rimaniamo fermi? non posso permetterlo, minaccia al mio VP	emozione: ansia comportamento: lo metto al riparo, faccio io per lui

Una volta compreso che l'impasse era alimentata dalle B del terapeuta che non favorivano un normale decorso dei processi decisionali ma, al contrario, contribuivano al mantenimento della dipendenza dall'altro "*che fa per me*", abbiamo lavorato su questi aspetti accettando, entrambi, la minaccia al valore personale, esponendoci allo scenario temuto passando *insieme* attraverso la paura: "*quando, in seduta, proviamo ansia, come qualsiasi altra emozione, dobbiamo immaginare di essere in laboratorio ed esaminare sotto il vetrino del microscopio che cosa ci sta accadendo…siamo fortunati, magari se non ci trovassimo in laboratorio tante cose non potremmo vederle senza strumenti...capiamo, quindi, che questa ansia è il segnale di quello che succede nella nostra mente...entrambi ci sentiamo minacciati e corriamo ai ripari...sicuramente trarremo beneficio immediato da questa operazione perché evitiamo di esporci a ciò che ci fa paura, ma quali sono i costi? non ci muoviamo da dove siamo, stiamo mantenendo la nostra condizione di sofferenza".*
Negli incontri successivi non sono più state proposte esposizioni proprio per cercare di comprendere cosa sarebbe successo se non ci fosse la terapeuta a *trascinarlo* e a fare per lui. Svelata poi anche questa manovra, G. mi riferisce: *"ho capito che in effetti...quando non c'è lei a trascinarmi… io non faccio nulla… che ho tutta questa paura di sentirmi uno schifo umano che resto fermo e mi nascondo e più mi nascondo più non imparo niente e mi sento ancora più uno schifo. Ma è così difficile provarci, è come se non sapessi non fare quello che faccio...quando ci*

sono gli altri che fanno per me io mi sento protetto, al sicuro, non fallisco io se lo fanno gli altri per me." In questa occasione G. cede il controllo, si espone mostrandomi per la prima volta la sua tristezza, stiamo dentro l'emozione e la minaccia di "essere visto" senza rimandi di disprezzo.

Valutazione di esito

Attraverso manovre nella cornice relazionale, tese a fronteggiare l'iperinvestimento nel valore personale e l'evitamento di esperienze potenzialmente percepite come fallimentari, G. ha lavorato efficacemente sui fattori di evitamento e di protezione, ristrutturando le credenze disfunzionali su di sé e sugli altri, passando attraverso crescenti stati percepiti di umiliazione e vergogna. La sintomatologia di G. è significativamente ridotta in intensità e frequenza: G., non protegge più il tronco quando è per strada, indossa abiti adeguati al contesto ed è riuscito a esporsi al mare, spogliandosi anche in presenza di molte persone, grazie al lavoro per il quale oggi riesce a rappresentarsi altri possibili scenari meno catastrofici di quello inizialmente temuto, imparando a non attribuire il proprio stato mentale critico all'altro con cui entra in contatto e accettando una minima dose di minaccia di perdita di valore a cui potrebbe essere esposto. Investendo nella direzione dell'acquisizione di competenze professionali volte ad aumentare la sua indipendenza, G. è riuscito a costruire un'immagine di sé di cui essere maggiormente orgoglioso.

Conclusioni

I temi personali del terapeuta possono essere spesso fonte di ostacolo nel trattamento, soprattutto quando i sintomi del paziente attivano stati mentali problematici nel terapeuta stesso. Non è raro incorrere in momenti in cui tocca prima risolvere l'impasse terapeutica, i rischi di rottura relazionale, per poi tornare al perseguimento degli obiettivi condivisi. La terapia può rivelarsi una danza che espone il terapeuta all'alternanza tra aspettative deluse e momenti di sconforto, in cui egli sarà tentato di agire impulsivamente le proprie emozioni negative e momenti di riconoscimento delle impasse e di condivisione di stati d'animo in grado di favorire l'interruzione dei cicli interpersonali disfunzionali.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA) (2013). DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Trad. it. (2014). Milano: Raffaello Cortina.

Arntz A (2012). Imagery rescripting as a therapeutic thechnique: review of clinical trials, basic studies, and research agenda. Journal of Experimental Psychopatology, 3, 2, pp. 189-208.

Beck A.T Freeman A. et al. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York: Guilford.

Carcione A & Semerari A (2018). Il narcisismo e i suoi disturbi. La terapia metacognitiva interpersonale Trento: Edizioni centro studi Erikson.

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

Cieri L (2008). La fobia sociale. In Perdighe C, Mancini F (eds). Elementi di psicoterapia cognitiva. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Crisp H. & Gabbard G.O (2020). Principles of Psychodynamic Treatment for Patients With Narcissistic Personality Disorder. Journal of Personality Disorders.
Dimaggio G Semerari A Carcione A Nicolò G Procacci M (2007). Psychotherapy of personality disorders: metacognition, states of mind and interpersonal cycles. London: Routledge.
Gabbard G.O & Crisp H (2019). Il disagio del narcisismo. Dilemmi diagnostici e strategie terapeutiche con i pazienti narcisisti. Milano: Raffaello Cortina Editore
Mancini F (2016). Sulla necessità degli scopi come determinanti prossimi della sofferenza psicopatologica. Cognitivismo clinico 13, 1, 7-20
Perdighe C & Gragnani A (2021). Psicoterapia cognitiva. Comprendere e curare i disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina Editore
Salvatore G Carcione A Dimaggio G (2012). Schemi interpersonali nel disturbo narcisistico di personalità: la centralità della scarsa agentività e della dipendenza. Implicazioni per la relazione terapeutica. Cognitivismo clinico.
Young J.E Klosko J.S &.Weishaar M.E (2018). Schema Therapy, la terapia cognitivo-comportamentale integrata per i disturbi della personalità. Trento: Erikson

Fabrizia Tudisco, Psicologa, Psicoterapeuta Napoli

Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Buonanno-Esposito 2016-2020

e-mail: fabrizia-tudisco@virgilio.it

psicoterapeuti in-formazione

2021, NUMERO 27

"L'uomo di fiducia" Andrea, un caso di disturbo post-traumatico da stress e di disturbo di personalità narcisistica

Vera Rota[1]

[1] Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Verona, Italia

Riassunto

Il presente lavoro tratta il caso di Andrea, 52 anni, con diagnosi di disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e di disturbo di personalità narcisistica (DPN). La ricostruzione del profilo interno evidenzia come la sintomatologia post-traumatica abbia affondato le proprie radici in un funzionamento personologico guidato da scopi ed antiscopi orientati fortemente al riconoscimento del proprio valore, sottolineando il legame tra i due disturbi. La minaccia e/o la compromissione degli scopi deputati a sorreggere la sua autostima fanno sì che Andrea transiti frequentemente in stati mentali di ansia, divenendo iperattento ai segnali ambientali di conferma o disconferma del proprio valore, e di tristezza e angoscia con conseguente disinvestimento e ritiro sociale.

Sono poi descritti i fattori cognitivi, comportamentali, metacognitivi ed interpersonali che in un circolo vizioso mantengono la sofferenza del paziente. In particolare emerge come la rabbia sia ritenuta dal paziente unico e solo strumento in grado di restituire il riconoscimento del quale si considera meritevole.

Il trattamento non ha potuto tralasciare, già nelle prime fasi di terapia, i cicli interpersonali problematici focalizzandosi sull'alleanza terapeutica, sulla richiesta di aiuto, sulle capacità di mentalizzazione, sulla gestione degli stati rabbiosi. Solo in un secondo momento è stato possibile lavorare sulla sintomatologia post-traumatica e sull'accettazione dell'accaduto. Da un punto di vista strategico, aspetti cruciali per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici sono stati: consolidamento e riparazione dell'alleanza terapeutica, mappatura degli stati mentali e condivisione dello schema di funzionamento.

Parole Chiave: Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbo di Personalità Narcisistica, Terapia Cognitivo-Comportamentale

"The right-hand man". Andrea, a case of post-traumatic stress disorder and narcissistic personality disorder

Summary

This paper deals with the case of Andrea, 52 years old, diagnosed with post-traumatic stress disorder and narcissistic personality disorder. The formulation of the case highlights how post-traumatic symptomatology has its roots in a personality guided by goals strongly oriented towards the recognition of one's own value, emphasizing the link between the two disorders. When the goals that support his self-esteem are threatening

Vera Rota, "L'uomo di fiducia"
Andrea, un caso di disturbo post-traumatico da stress e di disturbo di personalità narcisistica *N. 27, 2021, pp. 95-111.*
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.itt

or compromised, Andrea passes into mental states of anxiety, sadness, anguish, becoming hypersensitive to environmental signals of confirmation or disconfirmation of his value or by socially withdrawing.
Then, cognitive, behavioural, metacognitive and interpersonal factors that maintain the patient's suffering in a vicious circle are described. Particular attention is paid to anger as a tool capable of returning the recognition he deserves.
The treatment could not neglect the problematic interpersonal cycles, already in the early stages of therapy, and it focused on the therapeutic alliance, the request for help, mentalization skills and the management of angry states. Only later, it was possible to work on post-traumatic symptoms and on the acceptance of the incident. From a strategic point of view, crucial aspects for achieving the therapeutic purposes were: consolidation and repair of the therapeutic alliance, mapping of mental states and sharing of the case formulation.
Key words: Post-Traumatic Stress Disorder, Narcissistic Personality Disorder, Cognitive-Behavioural Therapy

Introduzione

Il presente articolo si pone l'obiettivo di descrivere il caso clinico di Andrea secondo un approccio cognitivo-comportamentale. Il caso è stato supervisionato durante il training quadriennale di specializzazione della Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Verona. La ricostruzione del profilo interno offre un quadro accurato del funzionamento mentale del paziente, con uno sguardo all'interazione tra i disturbi presentati da Andrea: Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) e Disturbo di Personalità Narcisitica (DPN).

Se le più recenti teorie cognitiviste pongono l'accento sul ruolo che certi tipi di valutazione hanno nella genesi e nel mantenimento della sintomatologia post-traumatica (Ehlers & Clark, 2000; Cosentino, Buonanno & Gragnani, 2008), nel caso di Andrea risulta ben visibile come tali valutazioni fossero guidate da scopi ed antiscopi orientati fortemente al riconoscimento del proprio valore e che affondavano le radici nel funzionamento di personalità. La letteratura a riguardo, seppur limitata, evidenzia come il legame tra DPTS e narcisismo risiederebbe in una costruzione personologica altamente reattiva ad esperienze negative, soprattutto nel momento in cui queste minacciano l'immagine positiva di sé e la visione di sé come effettivamente capaci di farvi fronte (Johnson, 1995; Bachar, Hadar & Shaler, 2005; Bresser & Priel, 2010; Bresser & Zeigler-Hill, 2010; Besser, Zeigler-Hill, Pincus, & Neria, 2013). Nel caso di Andrea questo legame sembrerebbe aver impedito la risoluzione e l'accettazione dell'accaduto, contribuendo al persistere della patologia post-traumatica.

All'interno del processo di cura, la rabbia, in quanto coping disadattivo, è stata sicuramente l'elemento di maggior disturbo e l'emozione di più difficile gestione per un terapeuta inesperto. Il trattamento non ha pertanto potuto tralasciare, già nelle primissime fasi di terapia, i cicli interpersonali problematici focalizzandosi sull'alleanza terapeutica, sulla richiesta di aiuto e sulle abilità di mentalizzazione.

Da un punto di vista strategico, aspetti cruciali per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici sono stati: consolidamento (e riparazione) dell'alleanza terapeutica, mappatura degli stati mentali e condivisione dello schema di funzionamento.

Di seguito saranno riportati: presentazione e descrizione del problema, profilo interno del

disturbo, fattori e processi di mantenimento, scompenso, vulnerabilità e trattamento. All'interno della sezione trattamento verranno inoltre discusse le difficoltà incontrate in terapia, errori commessi dal terapeuta e valutazione di esito parziale.

Descrizione del problema

Andrea è un uomo di 52 anni, magazziniere part-time all'interno di una impresa edile. Ex trasportatore (da 16 anni) viene ricollocato all'interno della stessa azienda, con orario ridotto, a seguito di un grave incidente stradale che lo vede coinvolto durante l'orario di lavoro e i cui esiti gli impediscono di tornare a svolgere la propria mansione. Vive in un paese di provincia nel Nord Italia con la moglie, insegnante, con la quale è sposato da 24 anni ed il figlio, neo diplomato ed in cerca di lavoro.

Si rivolge per la prima volta al Centro di Salute Mentale nel luglio 2016 con umore flesso, iper-arousal, elevata quota ansiosa, iporessia con marcato calo ponderale (20Kg in 3 mesi), flashback dell'evento traumatico, ipobulia, clinofilia, insonnia. Viene posta diagnosi di PTSD (F43.10) ed impostata terapia farmacologica con Mirtazapina, Alprazolam e Flurazepam. A gennaio 2017 la terapia viene rivista a causa della comparsa di effetti collaterali (nausea, insonnia) anche in considerazione del miglioramento del quadro sintomatologico viene impostata terapia con Vortioxetina e Alprazolam. Tra ottobre e dicembre 2017 intraprende privatamente un percorso di training di mindfulness di 10 sedute con la finalità di ridimensionare il dolore fisico percepito nell'area del bacino (Protocollo MBSR - Carson 2005). A causa dello scarso beneficio percepito dalle sedute torna nuovamente presso il Centro di Salute Mentale chiedendo la possibilità di intraprendere un percorso di supporto psicologico.

Il primo contatto avviene a marzo 2018 su segnalazione dello psichiatra di riferimento con una diagnosi di disturbo dell'adattamento con sintomi ansioso depressivi misti, persistente (F43.23). Al momento della presa in carico la terapia farmacologica comprendeva: Venlafaxina, Pregabalin, Promazian, Alprazolam e Valproato di sodio.

Descrizione del problema secondo il paziente

Andrea racconta di quanto questo incidente gli abbia cambiato la vita ("*non sono più quello di prima, ho perso l'autostima, non ho più l'armonia*"). Nell'aprile 2016 mentre era al volante del proprio camion, un'automobile proveniente dalla direzione opposta, uscita in sorpasso, lo impatta frontalmente. Dall'incidente riporta gravi ferite con frattura del bacino, dell'acetabolo e della testa del femore sinistro che hanno necessitato di intervento chirurgico in urgenza seguito da 60 giorni di allettamento e ulteriori 40 giorni di passaggio poltrona/letto. I mesi successivi all'evento sono stati caratterizzati dalla presenza di incubi e flashback, difficoltà a dormire e calo ponderale. Andrea racconta di come la sintomatologia sia andata peggiorando nel tempo e di come inizialmente faticava meno nel parlarne perché si trattava "*solo di un incidente, non di me o del mio futuro*". Il problema principale che oggi riporta è la difficoltà nel gestire la nuova situazione lavorativa: si sente un precario, inutile nella nuova mansione, sente di non avere più l'autonomia e

l'indipendenza, di non essere più valorizzato e gratificato, a differenza di prima quando era considerato da tutti, compresi i titolari, *"l'uomo di fiducia"* . Teme di poter essere tagliato fuori dall'azienda e valuta questa ipotesi come *"una mancanza di rispetto enorme, un'offesa grandissima qualcosa che non dovrebbe succedere, una questione personale".* Il fatto che l'incidente sia occorso durante l'orario di lavoro alimenta vissuti di rabbia sorretti dalla convinzione che essendo sempre stato un lavoratore stimato, e non essendo responsabile di ciò che gli è accaduto, stia agli altri il compito di ripristinare il suo status *("devono riconoscermi come un tempo, pensarci loro e ricollocarmi in modo da avere ancora gratificazioni, è un atto dovuto").* Riferisce tutt'ora importante attivazione ansiosa (soprattutto alla guida nelle ore serali, in strade molto strette o a seguito di rumori forti e/o metallici) e difficoltà a concentrarsi e a dormire, spesso la notte sono presenti incubi (almeno 2 volte alla settimana) con urla e grande agitazione al risveglio e ai quali, talvolta, sono associati fenomeni di enuresi notturna.

Riferisce, inoltre, di sentirsi spesso irritabile e che tale irritabilità si trasforma in veri e propri attacchi d'ira che possono sfociare in aggressioni verbali e/o fisiche e che necessitano dell'intervento da parte di terzi (solitamente la moglie). La rabbia emerge in tutte quelle situazioni nelle quali Andrea sente di non essere riconosciuto, come ad esempio nel suo valore personale sul luogo di lavoro oppure nella sua sofferenza in aula di tribunale o durante una visita medica. Nonostante Andrea si mostri egosintonico con tale rabbia, la valutazione che fa a posteriori del suo comportamento corrobora la sua ipotesi iniziale ovvero quella di non essere più la stessa persona di prima e che la sua vita sia cambiata in maniera permanente.

Anche i rapporti con gli altri si sono modificati. A poco a poco ha abbandonato quelle che erano le amicizie sul lavoro. Frequentate fino a qualche mese prima, esacerbavano grande sofferenza una volta tornato a casa ("*mentre sono con loro mi sembra di stare bene, mi sembra che non sia cambiato niente, poi torno a casa e mi viene da piangere. Non riesco a staccarmi dalla mia vita di prima, era meglio se morivo almeno era finita lì. Sto passando un inferno per colpa di quel bastardo, io non ho fatto mai niente a nessuno, non me lo meritavo").* Le uscite con la moglie e con gli amici si sono ridotte e quando può evita di frequentare posti particolarmente affollati come supermercati e centri commerciali per paura di incontrare qualcuno ("*all'inizio ne parlavo più volentieri era solo un incidente, adesso vedo le conseguenze che ha avuto quindi vuol dire parlare del mio futuro, della mia vita, del lavoro, non ho più niente, devo ripartire da zero").* Mostra inoltre scarso interesse per attività che prima valutava come piacevoli come seguire lo sport (basket o rugby) o leggere (prevalentemente libri di storia).

Prima dell'incidente si descrive come una persona tranquilla, benvoluta sia in ambito lavorativo che extra-lavorativo, generoso, capace di stare con gli altri, ma senza mai farsi pestare i piedi (*"non per essere presuntuoso ma su 50 persone 49 mi stimavano, mi hanno sempre voluto bene tutti"*). Sul lavoro aveva molte responsabilità, frequentava la chiesa, aveva diversi amici con i quali giocava a basket una volta la settimana o con i quali usciva insieme alla moglie.

Le aspettative rispetto ad un percorso psicoterapico sono vaghe e poco definite ("*voglio uscire*

dall'incubo, voglio un futuro lavorativo diverso"). L'eliminazione delle cause esterne risulterebbe, infatti, la cura alla sua sofferenza "s*e mi riconoscessero sul lavoro il problema non è la testa, ma solo il fisico. Starei bene. Quello che interessa a me è come devo essere trattato*".

Strumenti diagnostici

Per la parte testistica è stato somministrato il MCMI-III (Millon & Davis, 1997) dal quale emerge forte componente depressiva ed ansiosa con somatizzazione, stress post-traumatico e sentimenti che compromettono l'aspetto relazionale come riduzione e disinteresse alla partecipazione ad attività significative, sentimenti di distacco ed estraneità, affettività ridotta e sentimenti di diminuzione delle prospettive future (aspettarsi di non poter riprendere il ruolo lavorativo precedente con sentimenti di impotenza e scarsa autostima correlati).

Ipotesi diagnostica

L'ipotesi diagnostica secondo i criteri del DSM 5 (APA, 2013) è quella di disturbo post-traumatico da stress persistente (F43.10) e disturbo narcisistico di personalità (F60.81).

Profilo interno del disturbo

Stati mentali: minaccia, mancato riconoscimento, debolezza, valore personale, ingiustizia subita

Scopo terminale: essere riconosciuto come persona di valore (forte, indipendente, stimabile)

Scopi strumentali:

Non essere visto come: debole, inutile, dipendente, inferiore
Essere visto come: l'uomo di fiducia, persona autonoma, rispettata, approvata, benvoluta
Essere riconosciuto nella sofferenza
Non avere paura
Non essere ignorato/messo da parte

Credenze:

- Gli altri devono riconoscere quello che mi sta succedendo e farmi stare meglio
- Io merito di avere un trattamento speciale per le buone qualità che ho sempre mostrato
- Se gli altri non mi valorizzano allora io non valgo niente, sono inutile
- Gli altri devono apprezzarmi e valorizzarmi, se non lo fanno è un'ingiustizia
- Se gli altri si comportano in modo ingiusto devono scontarla in un modo o nell'altro
- I rapporti devono essere pari, dipendere vuol dire essere deboli e inferiori

Dopo l'incidente il paziente ha iniziato a pensare:

- Sono diventato debole
- Sono cambiato caratterialmente e per questo potrei perdere la stima che gli altri hanno sempre avuto nei miei confronti

Esempi di ABC prototipici ricostruiti in seduta

A	B	C
In una strettoia una macchina che procede nella direzione opposta crede di avere la precedenza e non accenna a fermarsi	Non si ferma, mi viene addosso!	C. Emotivo: Paura C Somatico: aumento BC aumento sudorazione stretta allo stomaco flashback incidente C. Comportamentale: inchioda e si butta fuori dall'auto
	Ma che cazzo sta facendo vuole venirmi addosso? Testa di cazzo, ma tutti io li trovo?! Ma come fa a non vedere?!	C. Emotivo: Rabbia C. Comportamentale: le urlo di fermarsi, mi sbraccio, fermo il ragazzo nella macchina dietro di me e lo coinvolgo chiedendogli chi aveva ragione

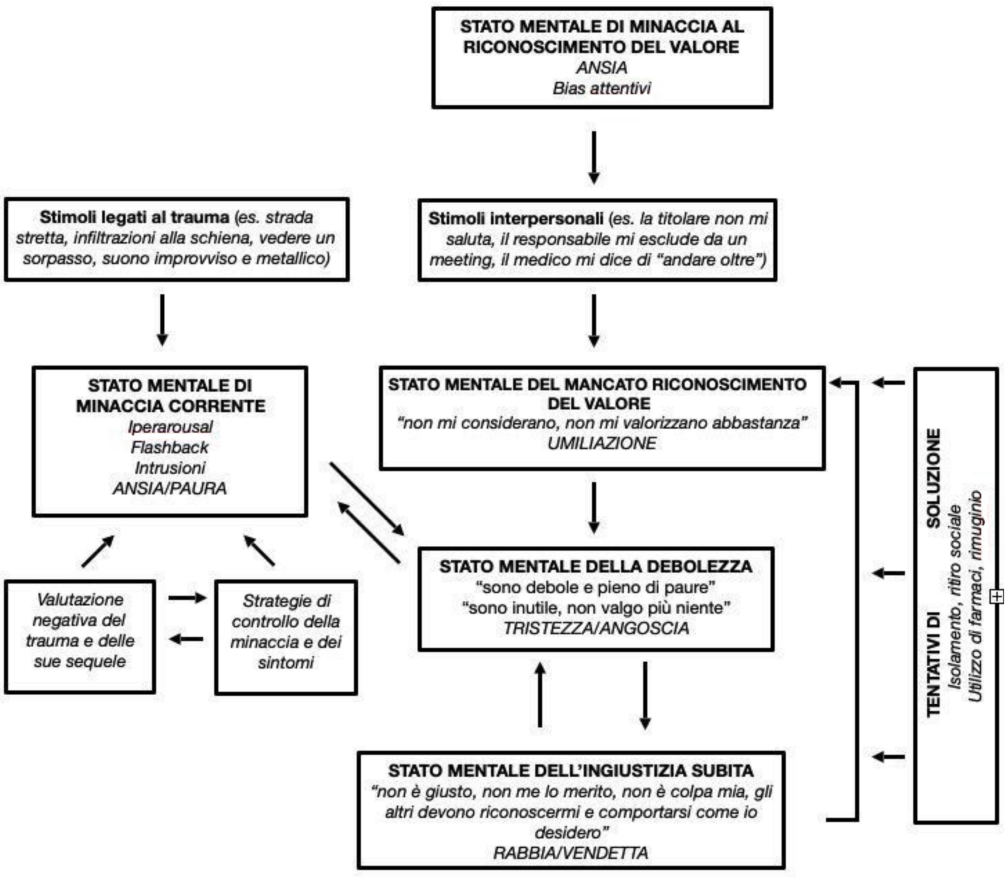
A	B	C
Chiedo al responsabile del magazzino di poter fare un favore all'ex titolare dell'azienda e lui risponde "no, decido io se possiamo prendere lavori extra, non tu".	Mi sento ferito nell'orgoglio, non posso decidere più niente, mi sento in prigione. La mia considerazione è a minimi termini, sono l'ultima ruota del carro.	C. Emotivo: Umiliazione Senso di impotenza C. Comportamentale: resto in silenzio
	Non è giusto, io non mi merito questo trattamento. Pensa che sono deficiente? che non sono in grado di fare questo lavoro da solo?! Sono anche meglio di lui. Ma cosa vogliono tutti da me? Che me ne vada?! Vogliono scoraggiarmi. Non lo accetto, devono riconoscere che io valgo!	C. Emotivo: Rabbia C. Tendenza all'azione: avrei voluto picchiarlo C. Comportamentale: esco prima dal lavoro, prendo il Lexotan, mi isolo e guardo la TV, allontano mia moglie che tenta di rassicurarmi, rumino su quanto accaduto
A1 (C)	B1	C1

C (comportamentale) me ne vado prima, mi isolo, rumino su quanto accaduto	Sono stanco, non sono più io, non tollero più questa situazione, non so cosa fare, nessuno fa niente per me, è tutto inutile. Devo trovare un modo per andarmene, non voglio che siano loro a scaricarmi.	C. Emotivo: Tristezza, senso di inutilità, mi sento un macigno in testa C. comportamentale: rimugino, rimango isolato, mi chiudo ancora di più

Lo scopo primario che Andrea persegue è il riconoscimento da parte dell'altro del suo valore. L'autostima di Andrea risulta, infatti, dipendente dai feedback derivati dall'esterno attraverso il soddisfacimento degli scopi di valorizzazione, gratificazione e di attenzione e stima ricevuta.

La minaccia e/o la compromissione degli scopi deputati a sorreggere la sua autostima fanno sì che transiti frequentemente in stati mentali di ansia, divenendo iperattento ai segnali ambientali di conferma o disconferma del riconoscimento del suo valore, e di tristezza e angoscia con conseguente disinvestimento e ritiro sociale. Gli stati emotivi negativi vengono gestiti da Andrea attraverso l'utilizzo della rabbia nel tentativo di ottenere il riconoscimento che desidera e di cui si considera meritevole (Figura 1.).

Figura 1. Schema di funzionamento



Fattori e processi di mantenimento

Fattori cognitivi

1) Valutazione dell'evento traumatico e delle sue sequele: *"è tutta colpa di quel bastardo, è successo tutto all'improvviso io non potevo fare niente e guarda adesso come mi ritrovo" "non ho più la mia vita, è un inferno, non posso più fare nulla di ciò che facevo, sono diventato inutile"" il mio corpo è rovinato per sempre non avrò più una vita normale" "non sarò mai più sereno, sono cambiato per sempre"*. L'interpretazione di Andrea è quella di un cambiamento negativo permanente che crea il senso di una seria minaccia sia esterna (può capitarmi di tutto, potrei finire in carrozzina) che interna (non sarò più quello di prima, nessuno mi stimerà), aumenta le emozioni negative e favorisce la messa in atto dei comportamenti protettivi.
2) Valutazione delle reazioni avute e delle emozioni: la paura non viene interpretata come normale ma come indicatore di un cambiamento definitivo che contrasta con il sistema di scopi di vita (valore personale - *sono diventato debole e pieno di paure)*. Criticando il proprio stato emotivo aumenta l'utilizzo delle strategie protettive che esacerbano i sintomi. Inoltre il secondario di critica ostacola il processo di analisi, comprensione e accettazione dell'accaduto. Ripensando all'evento nel tentativo di elaborarlo l'ingresso negli stati mentali di minaccia o di debolezza viene bloccato da Andrea in quanto mal tollerato (es. attivando il coping di rabbia) impedendo di fatto il processo di elaborazione.
3) Bias cognitivi: catastrofizzazione, attenzione selettiva a stimoli minacciosi, ipergeneralizzazione, bias confirmatorio, mood congruity effect, jumping to conclusion.
4) Utilizzo della ruminazione e del rimuginio: sono tentativi di soluzione disfunzionali in quanto aumentano l'esperienza emotiva negativa e di conseguenza l'utilizzo del coping di rabbia.

Fattori metacognitivi

5) Difficoltà a leggere gli stati mentali dell'altro (decentramento): aumenta l'esperienza della rabbia.
6) Difficoltà di automonitoraggio: previene lo sviluppo di forme di padroneggiamento degli stati sgradevoli, impedisce il riconoscimento del bisogno e la sua espressione in una maniera funzionale facilitando la messa in atto del coping rabbioso ed esponendolo più facilmente alla tristezza e all'angoscia.

Fattori comportamentali

7) Comportamenti protettivi/evitamenti: es. non guidare la sera, lanciarsi su una strada secondaria se un'auto intenta un sorpasso; usare i farmaci prima di uscire di casa; bloccare il pensiero quando entra negli stati mentali di ansia o di debolezza; andare a dormire tardi la sera o non tornare più a dormire una volta sveglio per prevenire la comparsa degli incubi (aumenta sintomi come difficoltà di concentrazione, irritabilità e sintomi di alienazione); evitamento dell'altro e delle attività piacevoli. Gli evitamenti e i comportamenti protettivi impediscono a Andrea di fare esperienze in grado di disconfermare le credenze catastrofiche, contribuiscono al

rafforzamento delle valutazioni globali negative e prevengono la riorganizzazione della conoscenza in memoria autobiografica.

8) Ruminazione: Questo tipo di processo rinforza le valutazioni globali negative dell'evento e interferisce con la formazione di un ricordo del trauma più completo perché focalizzato su pensieri del tipo "se lui avesse.., cosa sarebbe se…" piuttosto che sull'esperienza del trauma come di fatto è avvenuta. Inoltre incrementa sentimenti di tensione, disforia e sensazioni di essere senza speranza e, poiché fornisce stimoli di recupero interni, favorisce la comparsa delle memorie intrusive.
9) L'utilizzo di farmaci prima di lavorare con funzione preventiva: mantengono la scarsa tolleranza nell'esperire stati emotivi negativi, favoriscono la percezione di sé come non in grado di padroneggiare la situazione, mantengono le valutazioni globali negative, anticipano lo scenario temuto.
10) uscire prima dal lavoro o isolarsi: facilita il mancato riconoscimento e l'invalidazione emotiva da parte dell'altro mantenendo il ciclo interpersonale disfunzionale.

Fattori interpersonali

11) Mancata legittimazione della sofferenza da parte degli altri: es. medico o la moglie che sostengono che sia ora di "andare oltre", di "tirarsi su". La mancata validazione della sofferenza da parte dell'altro rinforza la valutazione critica dei propri stati interni, favorisce la permanenza nello stato mentale della debolezza, alimenta l'utilizzo della rabbia e riduce la condivisione con l'altro della memoria traumatica ostacolando la possibilità di reliving terapeutico.
12) ciclo interpersonale disfunzionale: l'utilizzo della rabbia impedisce all'altro di rispondere in maniera adeguata e di soddisfare la sua necessità di riconoscimento, alimentando così il senso di debolezza e di conseguenza la rabbia stessa. Ciò che ottiene è l'allontanamento dell'altro anziché il suo riconoscimento.

Scompenso e esordio del PTSD

Il funzionamento premorboso di Andrea sembra essere influenzato da sempre da una personalità di tipo narcisistico. A seguito dell'incidente stradale l'equilibrio di Andrea però si rompe: da un lato l'imprevedibilità dell'evento, i sintomi sperimentati nell'immediato post-trauma, il dolore, i mesi di allettamento con mancanza di autonomia hanno costituito per Andrea una seria minaccia sia esterna che interna alla propria immagine. Dall'altro lato la ricollocazione lavorativa ha costituito ulteriore fattore precipitante la sintomatologia presentata. Il lavoro risultava, infatti, un ambito iperinvestito e Andrea perde la possibilità di rivestire all'interno dell'azienda un ruolo nel quale potersi sentire più di un semplice dipendente, nel quale sentirsi "*speciale*" (*l'uomo di fiducia*). La sicurezza di Andrea rispetto al proprio valore vacilla: le limitazioni fisiche acquisite lo costringono alla rinuncia di diverse attività (viaggi, basket) e ad una maggiore dipendenza dall'altro (in casa, sul lavoro, economicamente) alimentando così sentimenti di inferiorità e di debolezza facilitanti il

mantenimento e l'aggravamento della sintomatologia presentata.

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica

1. *Stile di attaccamento*: mamma fredda, poco incline ad esprimere le emozioni, poco amorevole e critica nei confronti di Andrea. Nel corso dell'infanzia Andrea percepisce mancanza di accudimento da parte della madre e un'ammirazione e attenzione particolare per il fratello e i suoi successi scolastici e lavorativi ("*lui aveva preso il diploma io invece no e poi era un responsabile in banca quindi lo conoscevano e lo cercavano tutti in paese, era un onore per la famiglia"*). Ricorda come mamma fece carte false per evitare che il fratello andasse al militare, mentre lui a 10 anni fu mandato in collegio perché "*non aveva abbastanza tempo per prendersi cura di me*". Anche dopo che un frate gli ruppe il naso dandogli uno schiaffo la mamma decise di non sporgere denuncia e di non riportarlo a casa. È possibile che la relazione con mamma abbia contribuito a far sì che Andrea imparasse ad evitare di esprimere i suoi bisogni, a contare solo su stesso mirando all'autosufficienza perché nel momento del bisogno la figura di attaccamento sembrava non essere predisposta ad offrire aiuto e protezione. Inoltre, la mancata espressione delle emozioni ha probabilmente contribuito a rendere per Andrea più difficoltoso il riconoscimento, e di conseguenza la gestione, degli stati emotivi negativi.
2. *Interiorizzazione del modello genitoriale paterno*: Andrea cresce identificandosi nella figura paterna con la quale aveva un rapporto che lui stesso definisce *speciale* ("*sono come lui, ero il suo preferito*"). È dal padre che eredita la costruzione degli scopi e antiscopi deputati a sorreggere la propria immagine ("*come sono lo devo a lui, mi ha insegnato fin da piccolo ad essere una persona benvoluta, apprezzata, generosa e capace di stare con gli altri, ma senza farsi pestare i piedi!*") e il forte senso della giustizia accompagnato dalla convinzione che chi sbaglia debba pagare ("*papà possedeva un bar e se qualcuno ordinava o rispondeva in maniera sgarbata veniva mandato via dal locale senza essere servito"*). Il padre sembra inoltre essere il modello dal quale Andrea impara ad utilizzare la rabbia come strategia di coping. Ricorda, infatti, come una volta la settimana circa il padre beveva più del dovuto e diventava aggressivo verbalmente con la madre. I comportamenti di tipo rabbioso del padre trovano giustificazione per Andrea nella freddezza materna e nel mancato riconoscimento dei suoi bisogni, offrendo un modello poco funzionale di gestione degli stati emotivi negativi.

Vulnerabilità attuale

- La ditta per cui lavora che si trasferisce in un'altra città alimenta i vissuti di ansia circa la possibilità di poter perdere il lavoro.
- La riduzione delle entrate economiche ed il figlio ancora a carico alimentano i vissuti di ansia rispetto a possibili problemi economici futuri e alla possibilità di dover dipendere anche dalle

entrate economiche della moglie ("*Se devo chiedere i soldi a mia moglie mi taglio le vene, sarei un miserabile*").

- Le continue terapie per il dolore alle quali deve sottoporsi rinforzano le valutazioni globali negative del trauma e delle sequele ad esso legate.
- Il processo ancora in atto e le continue visite mediche valutative favoriscono il rimuginio rispetto alla sua condizione.

Trattamento psicoterapeutico

OBIETTIVO	*TECNICA*
Comprendere il problema, identificare le strategie di coping e i fattori di mantenimento	ABC, analisi funzionale
Favorire la consapevolezza della natura del problema e del legame tra eventi, pensieri ed emozioni, incrementare la capacità di automonitoraggio	ABC, monitoraggio come homework
Individuare credenze nucleari e scopi	ABC, laddering
Modificare le teorie naif rispetto alla terapia, ottenere la collaborazione del paziente, aumentare la consapevolezza rispetto al funzionamento del problema	Condivisione del modello di funzionamento, interventi di psico-educazione
Diminuire l'autocritica sui vissuti emotivi	Interventi di validazione, dialogo socratico
Modificare le convinzioni disfunzionali, identificare strategie alternative per la gestione delle situazioni che generano intensa rabbia	Ristrutturazione cognitiva sulle credenze patogene, Problem solving
Mostrare le conseguenze della messa in atto di	Esperimento della soppressione del pensiero

questo tipo di strategia	
Gestire l'attivazione emotiva del paziente durante le sedute in imagery	Identificazione del luogo sicuro
Promuovere l'elaborazione e la contestualizzazione della memoria traumatica, aumentare la tolleranza degli stati emotivi negativi	Esercizi in immaginazione, registrazione seduta da riascoltare come homework
Discutere, decatastrofizzare e rendere più realistiche le proprie convinzioni al fine di considerare ipotesi alternative	Ristrutturazione cognitiva sulle credenze patogene legate al trauma
Identificazione dei valori	Centro del bersaglio ACT (Harris, 2011)
Preparazione all'esposizione	Gerarchia delle attività evitate
Rinforzare ipotesi alternative e invalidare le credenze disfunzionali, accettare il rischio di esporsi alla situazione temuta Aumentare la tolleranza degli stati emotivi negativi Ridurre l'isolamento sociale	Intervento comportamentale (esposizione graduale come homework)
Favorire l'accettazione dei pensieri e degli stati emotivi negativi	Esercizi di defusione (pensieri come storie, sto avendo il pensiero che.., osservare il pensiero)
Ridurre il rimuginio e la messa in atto dei comportamenti protettivi	Ristrutturazione cognitiva, dialogo socratico, pro e contro

Nei primi incontri i racconti di Andrea erano caratterizzati solo da fatti, da sequenze di comportamenti e da azioni, negava l'accesso ai suoi stati interni e la sua attenzione era totalmente

diretta sulle cause ambientali del suo malessere, su ciò che gli altri avrebbero dovuto fare o su come le cose sarebbero dovute andare. Mostrava marcata necessità di rivalsa, la rabbia era l'emozione che più facilmente emergeva anche nelle interazioni con me e la sensazione era quella di avere tra le mani una "*bomba ad orologeria*". La prima fase della terapia ha pertanto avuto l'obiettivo di incrementare la sua capacità di automonitoraggio, di comprensione del funzionamento del problema e di creazione di una buona alleanza terapeutica.

Solo dopo la prima condivisione del funzionamento del problema che mostrava la nocività a lungo termine dei meccanismi di mantenimento è stato possibile stabilire degli obiettivi realistici che lo riguardassero in prima persona. La gestione degli stati rabbiosi è stata fin da subito un elemento di particolare attenzione. Andrea, infatti, aveva iniziato a mettere in atto comportamenti poco sicuri per sé e per gli altri alimentando la sua sofferenza e creando nuove situazioni di disagio intorno al problema (es. picchiare l'avvocato in aula di tribunale). Alleandosi con i suoi scopi è stato possibile mostrargli l'esistenza di ipotesi alternative e di strategie di fronteggiamento delle situazioni più adatte ad ottenere ciò che desiderava, ovvero il riconoscimento dell'altro.

Quando gli episodi di attivazione rabbiosa incontrollata si sono ridotti sia in intensità che in frequenza è stato possibile condividere la necessità di lavorare sull'incidente e sui sintomi ad esso legati, anche se non apertamente considerati dal paziente una fonte di disagio primaria.

A distanza di 5 mesi dall'inizio della terapia, dopo la prima seduta durante la quale è stato affrontato l'evento traumatico con un esercizio in imagery (Ehlers & Clark, 2000), la relazione terapeutica ha subito una grossa rottura. Andrea si è presentato in seduta adirato, i tentativi di raccogliere informazioni risultavano nulli, il paziente negava nuovamente qualsiasi accesso ai suoi stati interni. In quell'occasione qualsiasi tentativo di abbassare l'attivazione rabbiosa risultava inefficace. Una domanda specifica mi ha però permesso di riparare alla rottura dell'alleanza "*Per quale motivo non mi ha chiamata Andrea se stava così male?*" e di diventare maggiormente consapevole del ciclo interpersonale problematico. Il riconoscimento della sofferenza e la validazione dello stato interno di vulnerabilità hanno portato ad un decremento dell'attivazione rabbiosa e di conseguenza alla possibilità di esplorare gli stati mentali e di lavorare sulla modalità di richiesta di aiuto. La seduta successiva il paziente mi consegna una lettera dove per la prima volta, apertamente, riconduce la propria sofferenza a cause interne "*Gentile Dottoressa, le scrivo questo pensiero in un momento di sconforto, non è colpa di altri, nessuno è responsabile, la responsabilità è solo mia [...]*". Questa presa di consapevolezza mi ha permesso di aggiustare e riprendere il lavoro di reliving e di lavorare sulla tolleranza a rimanere in quegli stati mentali di debolezza e vulnerabilità, anche grazie all'impiego della variante del "*luogo sicuro*" (mutuata dalla tecnica di Imagery with Rescripting) all'interno della procedura di esposizione in immaginazione.

Un momento fondamentale è stato quando il paziente, dopo consenso del medico del lavoro, tornava alla guida del proprio camion. Andrea riconosceva la presenza di ansia anticipatoria, ma a questo non seguiva la messa in atto di evitamenti legati alla strada o di comportamenti che lo potessero mettere in pericolo (come lanciarsi fuori dall'auto). Il tono dell'umore appariva

migliorato non erano più presenti fenomeni di enuresi notturna, gli incubi erano sostanzialmente assenti e la comparsa dei flashback ridotta a rari episodi. La fase successiva (ancora in corso) ha pertanto avuto l'obiettivo di ridurre tutti i comportamenti protettivi (utilizzo dei farmaci, ruminazione, blocco del pensiero) e la riesposizione a tutte quelle attività, prima piacevoli, oggi evitate. Il paziente in tal senso ha ripreso a seguire una squadra di rugby locale, a presenziare ad alcune attività con la moglie (es. fare volontariato al bar della chiesa) e ad andare anche a fare la spesa con lei. Tutto ciò è stato possibile identificando preliminarmente i valori del paziente e riprendendo di volta in volta i costi e i benefici della non esposizione. Ad oggi il paziente ha mostrato un'iniziale riduzione della percezione di discrepanza tra *sé di prima* e *sé di oggi*, riconoscendo alcuni aspetti del suo funzionamento che esulano dall'evento traumatico. Il lavoro sullo stress-post-traumatico e sull'accettazione dei cambiamenti di vita legati all'incidente è stato accompagnato per tutta la durata della terapia dal lavoro sull'identificazione e sulla gestione dei cicli interpersonali del paziente. Andrea passava infatti dall'essere manipolativo ed idealizzante all'essere critico e svalutante nei miei confronti anche all'interno di una stessa seduta. Condividere con lui ciò che stava accadendo mi ha permesso di uscire da alcuni stati mentali che potevano danneggiare la nostra relazione terapeutica e di mappare le situazioni che avrebbero potuto attivare la sua critica e l'ostilità. Il fatto di anticipare al paziente il possibile ingresso in alcuni stati mentali problematici ha, a mio avviso, consolidato l'alleanza terapeutica e agevolato quindi il lavoro sui sintomi.

Conclusioni

Attraverso il caso di Andrea è stato possibile evidenziare come una buona ricostruzione del profilo interno con l'identificazione di scopi, credenze ed emozioni permetta di ingaggiare il paziente in terapia e di modulare l'intervento terapeutico a seconda degli stati mentali nei quali il paziente si trova a transitare. Nel caso di Andrea l'alleanza con i suoi scopi di riconoscimento ha permesso di fatto l'ingaggio in terapia del paziente stesso, dando il via ad un processo di cura basato su un continuo scambio interpersonale e costruito intorno alle necessità che un quadro così complesso richiede.

Bibliografia

American Psychiatric Association (APA, 2013). DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Trad. it. (2014) Milano: Raffaello Cortina Editore.

Bachar E, Hadar H, & Shalev A (2005). Narcissistic vulnerability and the development of PTSD: A prospective study. Journal of Nervous and Mental Disease, 193, 762-765. doi:10.1097/01.nmd.0000185874.31672.a5

Besser A, & Priel B (2010). Grandiose narcissism versus vulnerable narcissism in threaten- ing situations: Emotional reactions to achievement failure and interpersonal rejection Journal of Social and Clinical Psychology, 29, 874-902. doi:10.1521/jscp.2010.29.8.874

Besser A, & Zeigler-Hill V (2010). The influence of pathological narcissism on emotional and motivational responses to negative events: The roles of visibility and concern about humiliation. Journal of Research in Personality, 44, 520-534. doi:10.1016/j.jrp.2010.06.006

Besser A, Zeigler-Hill V, Pincus AL & Neria Y (2013). Pathological narcissism and acute anxiety symptoms after trauma: A study of Israeli civilians exposed to war. Psychiatry, 76(4), 381-397.
Cosentino T, Buonanno C, Gragnani A (2008). Il disturbo post traumatico da stress. IN Perdighe C & Mancini F (eds). Elementi di psicoterapia cognitiva. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
Ehlers A & Clark DM. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour research and therapy, 38(4), 319-345.
Harris R (2011). Fare act. Una guida pratica per professionisti all'Acceptance and Commitment Therapy. Milano: FrancoAngeli.
Johnson WB (1995). Narcissistic personality as a mediating variable in manifestations of post-traumatic stress disorder. Military medicine, 160(1), 40-41.
Millon T & Davis RD (1997). The MCMI--III: present and future directions. Journal of personality assessment, 68(1), 69-85.

Vera Rota, Psicologa, Verona

Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Rainone e Baggio

e-mail: vera.rota1@gmail.com

psicoterapeuti in-formazione

2021, NUMERO 27

Il caso di Maria: le conseguenze di un'infanzia traumatica

Giulia Armani[1]

[1]Associazione di Psicologia Cognitiva, Roma

Riassunto

Il caso di Maria sembra rappresentare un chiaro esempio delle possibili conseguenze psicologiche di un'infanzia caratterizzata da profonda trascuratezza emotiva e dunque, in questo senso, traumatica. Maria, infatti, oggi 55 anni, è nata e cresciuta in un contesto socioeconomico estremamente svantaggiato, non ha ricevuto le cure e l'amore che ogni bambino meriterebbe e, anzi, è stata caricata della responsabilità per i suoi fratelli minori. Nella formulazione del caso si evidenzia come lo sviluppo traumatico di Maria abbia probabilmente strutturato in lei credenze profonde di inadeguatezza, non amabilità e sfiducia verso gli altri. Intrappolata in questi schemi di deprivazione emotiva e inadeguatezza, Maria non è riuscita, nel corso della sua vita, a costruire relazioni soddisfacenti; anzi, sembra aver ricreato intorno a sé un nuovo contesto traumatico. Maria richiede un supporto psicologico quando è arrivata ormai allo stremo delle forze e presenta umore depresso e ansia, insonnia, scoppi di rabbia incontrollabile, totale demotivazione e perdita di speranza. Nel formulare l'ipotesi diagnostica si è propeso per un disturbo traumatico complesso e non, ad esempio, per un disturbo depressivo, in quanto è stato difficile individuare in Maria un funzionamento diverso da quello caratterizzato dalla pervasiva vergogna di sé, senso di impotenza, inferiorità e mancanza di fiducia negli altri. Maria presentava poi alcuni sintomi caratteristici di questi quadri, come la scarsa regolazione della rabbia, che infatti è stato uno degli obiettivi primari del trattamento, insieme all'incremento dell'umore e alla presa di consapevolezza dei suoi schemi disfunzionali.

Parole Chiave: infanzia traumatica, disturbo traumatico complesso

The case of Maria: consequences of a traumatic childhood

Summary

The case of Maria seems to represent a clear example of the possible psychological consequences of a childhood characterized by emotional neglect and, in that sense, traumatic. Maria, now 55 years old, is grown up in a very disadvantaged socio-economic context. She didn't receive the care and love that every child deserves, on the contrary, she was given the responsibility for her younger brothers. In the case formulation it is highlighted how Maria's traumatic development probably structured in her core beliefs of worthlessness, unlovability and mistrust. Entangled in these patterns, Maria failed to build satisfying relationships in her life; on the contrary, it seems that she created a new traumatic context around her. Maria asks for help when she

Giulia Armani, Il caso di Maria: le conseguenze di un'infanzia traumatica *N. 27, 2021, pp. 112-125*
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.itt

ran out of strength: she presents depressed mood and anxiety, insomnia, uncontrollable outbursts of anger, total demotivation and hopelessness. The diagnostic hypothesis was inclined toward a complex traumatic disorder and not, for example, a depressive disorder, because it was hard to find in Maria a functioning not characterized by pervasive shame, sense of helplessness, inferiority and mistrust. Moreover, Maria presented some characteristic symptoms, such us dysregulation of anger, that was indeed one of the primary target of the treatment, together with mood enhancement and awareness of her dysfunctional schemas.

Key words: traumatic childhood, complex traumatic disorder

Presentazione del caso clinico

Maria è una donna di 55 anni che si rivolge al servizio di psicoterapia del reparto psichiatrico di un ospedale pubblico a causa di insonnia, difficoltà relazionali e umore basso.

Maria ha lavorato come contabile ed è attualmente disoccupata, percepisce una pensione di invalidità per un pregresso tumore ovarico (tuttora monitorato per eventuali recidive). È sposata da 28 anni, il marito è affetto da disturbo bipolare, in cura presso lo stesso ospedale a cui si è rivolta Maria. Hanno una figlia di 25 anni, prossima alla laurea, anch'essa seguita presso l'ambulatorio di psichiatria, per una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo con ossessioni del tipo "pensieri proibiti-tabù".

Descrizione del problema

Maria presenta da diversi anni umore depresso e labile. Appare difficile definire i limiti di un episodio depressivo, in quanto ascoltando Maria parlare sembrerebbe che tutta la sua vita sia stata caratterizzata da infelicità, scarso valore di sé, vergogna e relazioni insoddisfacenti.

Attualmente presenta abulia e mancanza di iniziativa ("Tutto il giorno aspetto solo il pomeriggio, che posso stendermi sul letto"), anche se è mantenuto l'interesse per alcune attività, che se svolte procurano piacere (passeggiare, cucinare, dedicarsi al giardinaggio). Maria prova un forte senso di incapacità ed inferiorità nel fare le cose, che la porta ad un importante isolamento sociale (vorrebbe riprendere a frequentare il suo gruppo religioso ma si sente incapace e inferiore rispetto agli altri). Maria sembra soffrire infatti dell'assenza di legami affettivi soddisfacenti e guarda alle relazioni con duplicità: da una parte si sente molto sola e cerca di colmare questo senso di solitudine rendendosi sempre disponibile per l'altro; dall'altra parte è convinta di non poter trovare qualcuno che la capisca e di cui si possa fidare realmente, poiché secondo lei le persone le si avvicinano solo per un loro tornaconto. Tutte le sue relazioni, quindi, si caratterizzano per un'oscillazione tra il suo bisogno di intervenire in soccorso dell'altro e il suo rifiuto, colmo di rabbia e disperazione, quando realizza che per lei non c'è nessuno (da diversi mesi non risponde più ad alcuna chat su WhatsApp, non richiama mai le amiche che raramente la contattano).

È presente anche un importante disturbo del sonno, con difficoltà di addormentamento, risvegli notturni e precoci (dorme da mezzanotte/l'una alle 6 circa, con diversi risvegli), per cui assume melatonina e non vuole assumere farmaci, in quanto afferma di non tollerare le sensazioni di rilassamento che danno.

La signora riporta inoltre una marcata irritabilità e difficoltà a regolare la rabbia, manifestando infatti frequenti scoppi d'ira, verbale e alcune volte fisica contro oggetti, principalmente all'interno del contesto familiare. Particolarmente difficile e doloroso per Maria appare il legame con la figlia, che scatena in lei alternativamente spinte di accudimento, che però risultano disfunzionali ed invadenti, e sentimenti di rabbia di fronte ai limiti e alle difficoltà della ragazza, dando vita a frequenti litigi. Dopo queste manifestazioni aggressive verso la figlia (in cui le rivolge parole offensive in maniera incontrollata), Maria prova un profondo senso di colpa e vergogna di sé, accusandosi di essere una madre terribile ed una brutta persona, e pensando di "avere qualcosa che non va".

Anche la relazione con il marito è particolarmente difficile per Maria, soprattutto nei momenti della malattia del marito in cui lui è maggiormente attivato ed irritabile, in quanto diventa aggressivo e violento nei suoi confronti. Maria vive in un costante stato di allerta e paura nei confronti del marito e ha sempre vissuto i rapporti intimi con lui come una violenza. La donna si fa inoltre completamente carico della gestione economica della casa e delle questioni pratiche della vita quotidiana, in quanto il marito non è in grado di collaborare.

Maria presenta inoltre una importante quota d'ansia, associata ad un quasi costante rimuginio, che verte soprattutto sul problema dei noduli al polmone e degli esami medici cui deve sottoporsi, ma anche sul disturbo del marito, quello della figlia e le loro condizioni economiche non ottimali.

La forte demotivazione, la quantità di problematiche diverse, la perdita di speranza per il futuro, il senso di impotenza di fronte alle questioni mediche e familiari, sono la cosa che più colpisce quando Maria parla.

Maria riporta poi un quadro medico caratterizzato da diverse patologie:

- Problemi al sistema immunitario (non meglio specificati)
- Emicrania cronica
- Tumore ovarico, con isterectomia (aprile 2015)
- Pancreatite acuta (2015)
- Noduli al polmone: accertamenti in corso per eventuale recidiva del tumore.
- Alopecia da stress. Da Febbraio 2017 nei momenti in cui il problema si acutizza indossa una parrucca.

Oltre a questo lamenta dolori articolari che si spostano in tutto il corpo e quella che sembra essere una sindrome delle gambe senza riposo, soprattutto nelle ore serali, quando si mette a letto.

Per il tipo di sintomatologia presentata si ipotizza in Maria una diagnosi di PTSD complesso (Van Der Kolk et al., 2005). Come si vedrà più avanti, infatti, la sua infanzia è stata caratterizzata da importante trascuratezza emotiva, che potrebbe aver determinato uno sviluppo traumatico, con tutte le conseguenze ad esso legate, evidenziabili dai criteri di PTSD complesso riportati di seguito (in grassetto i criteri soddisfatti da Maria):

1. **Alterazioni nella regolazione delle emozioni e del comportamento**. In particolare criterio 1.a (alterazione nella regolazione delle emozioni) e 1.b (difficoltà di modulazione della rabbia);
2. Disturbi della coscienza e dell'attenzione;
3. **Somatizzazioni**. In particolare 3.b (dolori cronici);
4. **Alterazioni della percezione di sé**. In particolare 4.a (senso di impotenza e scarsa efficacia personale); 4.b (sensazione di essere danneggiati); 4.c (senso di colpa e di responsabilità eccessivi); 4.d (vergogna pervasiva) e 4.e (idea di non poter essere compresi);
5. Alterazioni nella percezione delle figure maltrattanti;
6. **Disturbi relazionali**. In particolare 6.a (incapacità o difficoltà ad avere fiducia negli altri); 6.b (tendenza ad essere rivittimizzato); 6.c (tendenza a vittimizzare gli altri);
7. **Alterazione nei significati personali**. In particolare 7.a (disperazione e senso di inaiutabilità); 7.b (visione negativa di sé) e 7.c (perdita delle convinzioni personali).

Profilo interno del disturbo

Maria presenta diverse convinzioni disfunzionali su di sé e gli altri, che la portano a mettere in atto comportamenti che inficiano la sua vita relazionale.

L'atteggiamento degli altri nei suoi confronti viene spesso letto come prova del fatto che non siano interessati a lei e che la stiano "sfruttando" per altri scopi. Maria sembra presentare infatti una ipersensibilità ai segnali di rifiuto da parte degli altri. Riporta inoltre la credenza che "nessuno la ascolterà o capirà" se dovesse esprimere un proprio bisogno (vedi auto-osservazioni 1.a e 1.b).

Auto-osservazione 1.a

C	E	P	A
Parlo con una compagna della comunità francescana del disturbo di mio marito. Lei prova a tranquillizzarmi e dopo un po' cambia argomento.	Tristezza Solitudine Perdita di speranza	"Non dovevo dirglielo" "L'ho messa a disagio" "Sapevo che non mi avrebbe capito"	Mi pento di averne parlato. Le volte dopo non dico niente. Mi isolo.

Auto-osservazione 1.b

C	E	P	A
Una vecchia amica mi chiama per chiedermi consiglio su una cosa che deve scrivere, dicendo che io in questo sono brava.	Senso di ingiustizia Tristezza Rabbia	"Ora che hai bisogno tu ti fai sentire" "Tutto il tempo che sono stata male io mi hai mai chiamato?" "Mi hai mai chiesto come sta mia figlia?"	La aiuto ma appena possibile chiudo la conversazione e non la cerco più.

Come si può vedere in queste auto-osservazioni, Maria ignora completamente le informazioni che possono segnalarle un interesse dell'altro per lei (la compagna di comunità che la tranquillizza, la vecchia amica che le chiede un consiglio), ma legge ogni comportamento come prova del fatto che è sola, non compresa e che se l'altro la cerca è solo per "sfruttarla".
Maria presenta inoltre una vergogna pervasiva, è molto preoccupata del giudizio dell'altro e dell'immagine che può dare di sé, fattore emerso anche con la stessa terapeuta ("Mi dispiace se l'altra volta le ho dato l'impressione di essere una brutta persona dicendo quelle cose…"). Si percepisce inferiore, sia dal punto di vista fisico che culturale. Questa percezione di sé le sta impedendo di prendere parte al cammino di fede cui aveva partecipato per anni e che potrebbe darle pace e sollievo.
Emergono credenze profonde legate ad una immagine di sé di inadeguatezza e non amabilità.
Secondo la categorizzazione della Schema Therapy (Young e Klosko, 1993) si possono rintracciare in Maria i seguenti schemi, derivati dalla sua storia di sviluppo, con relativa percezione di sé e degli altri:

Schema di	Immagine di sé	Immagine dell'altro	Strategia di coping
Inadeguatezza	Inadeguata, incapace, inferiore, priva di valore	Disprezzante, critica	Resa allo schema (vergogna, senso di incapacità, tristezza) Fuga (evitamento delle situazioni che possono esporla al giudizio)
Deprivazione emotiva	Sola, non amata, non capita	Incapace di comprendere e dare amore	Resa allo schema (senso di solitudine, disperazione, delusione) Contrattacco (rabbia, rifiuta il contatto)
Sfiducia e abuso	Vulnerabile, non al sicuro	Cattivo, non affidabile, pericoloso	Resa allo schema (paura, sfiducia nell'altro, senso di solitudine, tristezza, impotenza)

Si ipotizza che, come unica strategia per considerarsi degna d'amore e valore, Maria abbia trovato quella di essere sempre disponibile per l'altro. La sua forte propensione all'aiuto è riscontrabile nell'attività di volontariato che sente il bisogno di fare (ogni tanto per un periodo fa la volontaria alla Caritas) e nella difficoltà a dire di no quando le fanno una richiesta. Salta all'occhio la duplicità con cui Maria sembra vivere i legami affettivi: da una parte desidera fortemente l'ascolto e la comprensione, dall'altra manifesta una vera e propria paura della vicinanza affettiva, che per lei è immediatamente collegata alla sofferenza perché l'altro prima o poi la rifiuterà e la sfrutterà. Nelle

situazioni relazionali, dunque, al primo segnale di allontanamento e rifiuto dell'altro (che, come abbiamo visto, lei legge con estrema facilità nel comportamento delle persone) reagisce in alcuni casi rassegnandosi agli schemi di deprivazione emotiva e sfiducia, in altri contrattaccando con rabbia estrema e rifiuto a sua volta. Questo meccanismo emerge in maniera chiara negli scambi relazionali con la figlia (vedi auto-osservazione 2).

Auto-osservazione 2

C	E	P	A
Dico a mia figlia che potrebbe prendersi un appartamento nello stesso condominio. Lei risponde che deve parlarne con il ragazzo e non sa se loro vogliono vivere così vicini ai genitori.	Tristezza Solitudine Rabbia	"Vuole andarsene via da me" "Non mi vuole bene" "Mi lascerà sola"	Le rispondo arrabbiata che è anche meglio se se ne va lontano, che tanto io non voglio proprio vivere vicino a lei.

Da questa auto-osservazione è possibile notare anche come la figlia diventi per Maria una fonte di cura e amore, che le viene tolto quando la ragazza esprime un funzionale desiderio di autonomia rispetto alla famiglia di origine. Questo fa ipotizzare la presenza di un accudimento invertito tra le due.

Fattori e processi di mantenimento

Le strategie di coping di Maria in risposta all'attivazione dei suoi schemi sono un importante fattore di mantenimento degli stessi e delle credenze che li supportano.

Ad esempio, l'evitamento delle situazioni sociali in cui Maria potrebbe esporsi al giudizio o al rifiuto dell'altro, non le permette di sperimentare scambi relazionali che disconfermino i suoi timori. O ancora, la sua chiusura, dovuta alla rabbia, nei confronti delle conoscenze che ogni tanto la cercano, rimanda probabilmente agli altri l'immagine di una persona non interessata, riducendo sempre più i tentativi degli altri di contattarla e confermandole l'idea che nessuno è interessato a lei.

Maria presenta poi una serie di bias cognitivi che mantengono le sue credenze disfunzionali:

- Personalizzazione: tende a leggere ogni comportamento delle persone come rivolto a sé, ed in particolare come un rifiuto.
- Ipergeneralizzazione: da un singolo evento trae conclusioni generali, sul fatto che nessuno la capisce, nessuno è disponibile per lei, non troverà mai una persona fidata.
- Focalizzazione sugli aspetti negativi: come si è visto nelle auto-osservazioni, Maria si focalizza solo sugli aspetti che confermano le credenze disfunzionali, non prendendo in considerazione i dati che potrebbero dimostrare un'attenzione per lei da parte degli altri.

Infine, il rimuginio è un importante fattore di mantenimento di umore depresso e ansia.

Scompenso ed esordio

Come già detto, è difficile pensare in termini di esordio e scompenso depressivo, in quanto la mancanza di fiducia e l'impotenza sembrano caratterizzare Maria da tutta la vita.
Ascoltando la sua storia di vita, è verosimile ipotizzare la presenza di uno sviluppo traumatico e, dunque, pensare che le difficoltà di Maria si siano formate e strutturate nel corso della sua vita, da quando era bambina. Comunque, si possono rintracciare alcuni episodi significativi, simili a quello attuale, caratterizzati da umore depresso, ansia e insonnia.
All'età di 22 anni, a seguito della fine di una relazione sentimentale, la donna presentava umore deflesso e perdita dell'appetito con importante dimagrimento (-10 kg in due mesi), tanto da arrivare a svenimento e ricovero in pronto soccorso. Maria sembra ricordare con sconcerto, mentre ne parla, che i suoi familiari non l'avrebbero raggiunta in ospedale e che, quindi, lei avrebbe deciso in autonomia di dimettersi e sarebbe tornata alla sua vita di sempre.
Nel giro di un anno da questo avvenimento Maria si sarebbe sposata con l'attuale marito e la relazione sarebbe stata da subito caratterizzata da infelicità, litigi, reazioni aggressive del marito, vita sessuale connotata per Maria da un senso di repulsione e vissuta quasi come una violenza.
Nel 2013 sembra collocarsi un altro episodio depressivo con crisi di pianto e insonnia grave, a seguito dell'esordio psicopatologico della figlia e alla conseguente diagnosi di DOC e trattamento farmacologico.
Attualmente lo scompenso pare essere avvenuto nell'arco del 2015-2016, dopo la risoluzione del tumore ovarico a cui hanno fatto seguito l'aggravamento delle condizioni di salute dei genitori, di cui si è fatta completamente carico lei, e dopo poco anche una ricaduta del disturbo ossessivo della figlia. Maria descrive lo scompenso come la "consapevolezza, dopo un momento pieno di voglia di vivere e di riscattarsi (subito dopo l'operazione al tumore ovarico) che la vita ti riserva solo brutte notizie, che non c'è possibilità di stare meglio". Questo ha probabilmente comportato la deflessione del tono umorale di Maria, con perdita di speranza e demotivazione. Recentemente, inoltre, con la scoperta dei noduli polmonari e la possibilità di una recidiva del tumore, potrebbe essere aumentato il suo senso di impotenza e sfiducia verso la vita.

Vulnerabilità

Storica

Maria è nata in un contesto socioeconomico molto svantaggiato (riporta di essere cresciuta in 6 persone in una casa di 24 mq). Da quando era bambina (7-8 anni) le è stato richiesto di farsi carico delle faccende domestiche e dei fratelli minori (1 maschio e 2 gemelli, femmina e maschio). I genitori sono sempre stati vissuti da Maria come non affettivi, richiedenti e trascuranti. Il padre viene descritto come aggressivo, la domenica "iniziava a bere a tavola e non si alzava più". La madre come attenta ai bisogni pratici, ma non emotivi. Un episodio esemplificativo della trascuratezza e iper-responsabilizzazione cui è stata sottoposta Maria è avvenuto quando la signora aveva 8 anni. Il padre avrebbe portato di notte lei e il fratello minore ad occupare una casa popolare. Li avrebbe lasciati lì da soli (per andare a prendere la moglie e gli altri figli) circondati dal caos

della gente che cercava appartamenti vuoti da occupare e dai rumori della polizia che iniziava a sgomberare. Maria in quel momento avrebbe provato estrema paura, senso di abbandono, senso di responsabilità nei confronti del fratello minore.

Maria ricorda poi diversi episodi dai quali emerge un forte legame tra la mamma e la sorella, da cui lei si sentiva dolorosamente esclusa. Il sentimento di esclusione dall'affetto materno e dall'intero nucleo familiare, che ha sempre visto come unito senza di lei, la porta a pensare, per la prima volta all'età di 8 anni, di essere stata adottata e a cercare materiale a prova di ciò tra i documenti dei genitori ("Per i veri figli i sacrifici li hanno fatti, per me mai niente" -riferito alla sorella-).

Un altro episodio significativo sembra essere quello della morte di una zia paterna durante il secondo anno di liceo della signora, a cui lei era molto legata ("era come una seconda mamma per me"). Passava molto tempo con la zia, ma parlandone riemerge il ricordo che la zia le faceva pulire spesso la casa e che d'estate si trasferiva al mare da lei, ma senza i fratelli. Questi fatti potrebbero contribuire al senso di esclusione dal resto della famiglia e alla convinzione che gli altri la vogliano solo per sfruttarla.

Durante l'anno del diploma superiore il padre della paziente ha un incidente in macchina, per cui perde la vista da un occhio e deve smettere di lavorare. Per questo motivo Maria, nonostante avesse voluto fare l'università, è costretta a lavorare per occuparsi della famiglia (nuovamente si deve far carico degli altri).

La situazione di grave disagio socioeconomico, l'aggressività del padre (forse alcolista), le esperienze di abbandono ed esclusione, le carenze affettive della madre e l'iper-responsabilizzazione che ha vissuto, potrebbero far propendere per l'ipotesi che Maria abbia subito uno sviluppo traumatico, con disorganizzazione dell'attaccamento. Si può pensare, sempre come ipotesi, che abbia reagito a tale disorganizzazione con una strategia controllante accudente, dimostrata dalle cure che ha rivolto sin da piccola ai fratelli minori, e che ora sta dando ai genitori malati (unica tra i 4 figli), alla famiglia, e che manifesta nei confronti della terapeuta e con il bisogno di fare volontariato. Allo stesso tempo, non avendo sviluppato una reale capacità di prendersi cura di sé, potrebbe aver sviluppato sentimenti di attaccamento verso la figlia, invertendo i ruoli nella loro relazione.

Attuale

Attualmente vi sono diverse condizioni che contribuiscono al mantenimento degli schemi di Maria. Come molte persone con sviluppo traumatico, Maria sembra infatti aver creato intorno a sé un contesto di ri-vittimizzazione, sposando una persona con disturbo bipolare, aggressivo ed emotivamente trascurante. Allo stesso tempo, Maria si pone a sua volta come "carnefice" di altre vittime (la figlia su cui riversa tutta la sua rabbia incontrollata), confermando l'immagine di sé come inadeguata, pazza, malata.

La situazione di stress cronico generato dalla salute precaria e dal disturbo della figlia minaccia il senso di fiducia e speranza nel futuro ed amplifica il senso di impotenza.

Trattamento

La terapia si è svolta con incontri settimanali, ed è durata complessivamente due anni, tempo massimo di permanenza del paziente nel servizio pubblico di psicoterapia presso cui è stata svolta.
Gli obiettivi terapeutici concordati insieme a Maria sono stati:

- Ridurre i litigi con la figlia (regolare la rabbia)
- Incrementare il tono dell'umore
- Ridurre la ruminazione

Per quanto riguarda la riduzione dei litigi con la figlia, si sono esplorati insieme a Maria i fattori psicologici che le impedivano di cambiare da sola questo rapporto. È emerso così il bisogno di aumentare la sua capacità di regolazione della rabbia, che è stato quindi il reale focus della terapia per quanto riguarda il tema della relazione con la figlia.
L'incremento del tono dell'umore ha implicato una serie di sotto-obiettivi, quali il raggiungimento di una migliore qualità del sonno e l'aumento delle attività piacevoli.
La riduzione della ruminazione è stata proposta come obiettivo a Maria durante il corso del trattamento, in quanto si è concordato con lei sul fatto che fosse un impedimento alla ricerca e messa in pratica di attività piacevoli e che mantenesse e alimentasse umore depresso e ansia.
Primaria per lavorare sugli obiettivi concordati è stata la creazione di un'alleanza terapeutica salda, in cui Maria ha sentito di potersi fidare della terapeuta e di poter condividere con lei i suoi vissuti. Anche nella relazione terapeutica Maria ha mostrato una duplicità, passando da un atteggiamento compiacente verso la terapeuta (chiedere eccessivamente scusa, chiedere "come sta?", fare complimenti) a sentimenti di rabbia quando non si sentiva compresa. Si ritiene, però, che una grande svolta sia avvenuta proprio quando Maria è riuscita ad esprimere in seduta il senso di frustrazione poiché non si era sentita capita dalla terapeuta in uno scambio di sms; questo ha permesso un'apertura chiara e sincera che ha consolidato la fiducia reciproca e l'alleanza.
Parallelamente si è quindi proceduto al raggiungimento degli obiettivi concordati.
Per lavorare sulla regolazione della rabbia si è agito su più livelli:

- Riconoscimento dei propri stati mentali. Maria riporta inizialmente una certa difficoltà nel focalizzarsi sui propri stati interni e nel definire come e quando si attivava la rabbia. Si sono quindi utilizzate auto-osservazioni (CESPA) in seduta e a casa per allenare la sua capacità di riconoscere le emozioni e i pensieri. Inoltre in seduta sono stati utilizzati esercizi di "*Imagery*", allo scopo di rivivere la scena e recuperare più facilmente gli stati mentali, quando Maria mostrava maggiore difficoltà nel farlo.
- Modulazione dell'ipersensibilità ai segnali di rifiuto. Esplorando insieme a Maria episodi simili tra loro, si è individuato e condiviso con lei un pattern di ipersensibilità ad ogni possibile segnale di rifiuto da parte degli altri, che le provoca tristezza, senso di solitudine, ingiustizia e di conseguenza rabbia. Riconoscendo questa sua tendenza si è lavorato per allenare Maria a prendere consapevolezza delle sue reazioni automatiche nel momento in

cui avvenivano e a trovare spiegazioni alternative al comportamento degli altri, mettendo in atto la capacità di decentramento.

- Regolazione dell'arousal. È probabile che, a causa della sua storia traumatica, Maria si trovi in una situazione di iper-arousal, che le comporta l'attivazione immediata della rabbia in risposta ad alcuni trigger e la difficoltà nel modularla (oltre che, probabilmente, i problemi di insonnia). Per abbassare il livello di arousal le sono stati insegnati alcuni esercizi di rilassamento da ripetere poi a casa, anche se con qualche ostacolo, in quanto Maria tollera poco le sensazioni di perdita del controllo che può dare il rilassamento. Procedendo per tentativi, comunque, si sono alla fine individuati alcuni esercizi da lei più apprezzati e di cui ha notato i benefici una volta superata la difficoltà iniziale, quali la meditazione guidata e la respirazione diaframmatica.
- Normalizzazione della rabbia. Maria dopo i litigi con la figlia è pervasa dal senso di colpa. Presenta la credenza di dover essere sempre tollerante, generosa, amorevole, disposta verso l'altro, altrimenti è una brutta persona. Si è lavorato quindi anche sulla validazione della sua rabbia in alcuni contesti e sulla comprensione di tale emozione come sentimento umano, naturale e anzi utile.

Per l'incremento del tono dell'umore si è lavorato primariamente sul sotto-obiettivo della migliore qualità del sonno, così da permettere a Maria di avere energie sufficienti durante il giorno per inserire delle attività piacevoli.

Si è quindi proceduto con una psicoeducazione sulla corretta igiene del sonno, individuando alcuni comportamenti disfunzionali che Maria metteva in atto (uso di pc nel letto prima di dormire, orari irregolari, pisolini durante il giorno). Si è più volte proposta una consulenza psichiatrica per eventuale assunzione di terapia farmacologica per il sonno, che Maria ha però sempre rifiutato. Ci si è almeno accordati su una regolare assunzione della melatonina, che inizialmente Maria non assumeva con costanza.

Cambiando le sue abitudini disfunzionali il sonno di Maria è migliorato nel corso del trattamento: dorme dalle 23:30-00 alle 7:30 circa, con pochi risvegli notturni per andare in bagno, dopo i quali riesce facilmente a riaddormentarsi. In questo modo la stanchezza diurna si è ridotta e si è trovato il modo di inserire piccole attività piacevoli durante la giornata.

Attraverso il diario delle attività settimanali si è in un primo momento valutato il modo in cui Maria passava le sue giornate (essenzialmente nella cura della casa, la gestione delle visite mediche sue, del marito e della figlia, e momenti di inattività sul letto o sul divano). Si sono quindi gradualmente inserite alcune attività che potessero procurare piacere a Maria (la messa mattutina, passeggiate, la cura delle piante in terrazzo, il lavoro a maglia, la frequentazione di un nuovo gruppo religioso alcune sere a settimana), che è riuscita a portare avanti, con beneficio sull'umore. Rispetto alla frequentazione del gruppo religioso si è in un primo momento presentato l'ostacolo del senso di

inferiorità e della paura del giudizio altrui. Si è quindi lavorato sulle credenze disfunzionali di Maria connesse a questi vissuti tramite la ristrutturazione cognitiva e tecniche come quella del doppio standard per modulare l'estremo giudizio negativo di Maria verso sé stessa.

Per la riduzione della ruminazione si è proceduto in fasi:

- Individuazione dei vantaggi percepiti della ruminazione. È emerso che Maria era convinta che ruminando avrebbe tratto due tipi di benefici: avrebbe trovato una soluzione ai suoi problemi (riporta infatti che in passato pensare molto ad alcune questioni l'ha poi aiutata praticamente), o almeno si sarebbe preparata ad un esito negativo, così che poi non avrebbe sofferto troppo ("se va male almeno me l'aspettavo").
- Modificazione delle credenze positive sulla ruminazione. Utilizzando una tabella dei costi/benefici si sono mostrati a Maria gli svantaggi della ruminazione e il fatto che i vantaggi che lei vedeva siano in realtà percezioni soggettive, ma non abbiano un fondamento concreto.
- Riduzione della ruminazione. Dopo aver preso consapevolezza del funzionamento della ruminazione, Maria è riuscita a ridurla attraverso l'attuazione di alcune strategie comportamentali. Come prima cosa si è concordato un preciso lasso di tempo nella giornata in cui poteva dedicarsi alla ruminazione. Grazie a tale consapevolezza Maria è riuscita a interrompere e rimandare la ruminazione; si è poi ridotto gradualmente lo spazio temporale dedicato alla ruminazione, che è quindi diminuita. Si sono trovate poi attività concrete che la distraessero quando la ruminazione era troppo intensa (giardinaggio, passeggiate).

Valutazione d'esito

Nel corso della terapia Maria è riuscita gradualmente a riconoscere e gestire sempre meglio la sua rabbia e di conseguenza i litigi con la figlia si sono ridotti di frequenza. Adesso quando si attiva tale emozione è in grado di riconoscerla, dopodiché ripensa a quello di cui si è parlato in seduta, riportando alla consapevolezza i suoi schemi e il fatto che la rabbia è secondaria alla percezione di rifiuto. Tuttavia, è rimasta in lei una sensibilità ad alcuni trigger (l'esclusione o l'accusa di non essere stata di aiuto) che, in periodi di maggiore stanchezza e stress, riaccendono i litigi con la figlia o la famiglia d'origine.
Inoltre, alla conclusione del percorso, Maria è in grado di riconoscere quando sta entrando nel circolo della ruminazione e riesce a interromperlo utilizzando in maniera funzionale la distrazione. Il tono dell'umore appare migliorato e adesso Maria riesce a trovare momenti di pace e serenità nelle sue giornate, nonostante i problemi familiari e di salute persistano.
Parallelamente a tali obiettivi espliciti, sembrano essere stati raggiunti, nel corso della terapia, anche alcuni obiettivi che potremmo definire impliciti nella richiesta di cura di Maria:

- Validazione delle proprie esperienze emotive, in quanto vissuti condivisibili e comprensibili da ogni essere umano e non segno di una sua "pazzia", "stranezza", "inferiorità".
- Comprensione e parziale accettazione delle esperienze traumatiche infantili. Maria alla fine della terapia sembra essere pienamente consapevole di come quello che le è avvenuto in passato l'ha portata ad interpretare la realtà e a cercare di difendersi in modi che oggi le procurano sofferenza. Ha compreso che i genitori erano probabilmente persone anch'esse sofferenti, che hanno fatto ciò che potevano e che, anche se non volutamente, l'hanno fatta star male. Si è individuata e condivisa con lei la presenza di schemi di inadeguatezza, sfiducia e deprivazione emotiva che le generano determinate aspettative su di sé e sugli altri e la portano a reagire isolandosi, deprimendosi, arrabbiandosi. Questa consapevolezza l'ha aiutata a riconoscere l'attivazione dello schema e a prenderne distanza. Nonostante questo, nei momenti di maggiore stress, i contatti con la famiglia d'origine riattivano con forza tali schemi. In quei casi Maria alterna, nei confronti della madre e della sorella, momenti di cura e sottomissione a reazioni improvvise di rabbia e rifiuto. Afferma, comunque, che "l'enorme peso di dolore che avevo nel petto prima della terapia si è un po' sciolto".

Conclusioni

Nella presentazione del caso di Maria si sono delineate le conseguenze di un'infanzia traumatica, caratterizzata da deprivazione affettiva e trascuratezza. Quando si parla di trauma, infatti, non bisogna necessariamente pensare a quello con la T maiuscola, quindi a specifici episodi di violenza o eventi catastrofici. L'esperienza di Maria ci mostra come crescere in un ambiente relazionale trascurante e psicologicamente abusante, possa rappresentare un grave fattore di rischio per lo sviluppo di rigidi schemi di inadeguatezza e non amabilità.

Il caso evidenzia come la psicoterapia possa aiutare il paziente a prendere consapevolezza della presenza di questi schemi, che affondano le loro radici nel passato, ma continuano ad avere un'influenza nella vita attuale della persona. Ma, oltre a questo lavoro esplicito, la terapia rappresenta, per il paziente traumatizzato, forse la prima occasione per fare un'esperienza relazionale profondamente diversa da quelle che ha conosciuto fino a quel momento. La relazione con il terapeuta, basata sulla fiducia, il reciproco rispetto, la cooperazione, può rappresentare il mezzo attraverso cui avviare un cambiamento a livello implicito, nelle rappresentazioni che il paziente ha di sé stesso, degli altri e del mondo che lo circonda.

Bibliografia

Van der Kolk, B. A. (2005). "Il disturbo traumatico dello sviluppo: verso una diagnosi razionale per i bambini cronicamente traumatizzati". Tr. it. Caretti V., Craparo G. (a cura di), Trauma e psicopatologia. Astrolabio, Roma 2009, pp. 81-93.

Young J. E., Klosko J. S. (1993). "Reinventa la tua vita". Tr. it Marchetti C., Raffaello Cortina Editore, Milano 2004.

Giulia Armani, Psicologa, Psicoterapeuta Roma

Specializzata in psicoterapia cognitiva APC Roma

e-mail: giuliaarmanipsi@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