

Gaslighting: una sofisticata forma di manipolazione, difficile da riconoscere

Claudia Perdighe¹, Erica Pugliese¹, Angelo Maria Saliani¹, Francesco Mancini^{1,2}

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

²Università Marconi

Riassunto

Viene presentato il caso di una paziente vittima di gaslighting, da parte del partner. Il gaslighting è un comportamento manipolatorio, spesso difficile da identificare, in cui un individuo prova a controllare pensieri, emozioni e azioni di un'altra persona, fino ad alterarne l'intera percezione della realtà e di sé stesso.

Lo scopo dell'articolo è in primo luogo descrivere un fenomeno ancora poco conosciuto tra i clinici, dagli esiti potenzialmente molto avversi.

In secondo luogo, si vuole sottolineare il rischio di errori nella strategia terapeutica derivanti da un errore nella formulazione del caso. Nello specifico si vuole mettere a fuoco che il rischio di colludere con obiettivi strategicamente disfunzionali, è particolarmente alto nella psicoterapia con pazienti vittime di abusi e relazioni fortemente disfunzionali, il cui funzionamento psicologico è già fortemente compromesso da queste relazioni. Nel caso che viene descritto la paziente presenta pensieri e comportamenti paranoidei, che sono, però, già l'esito dell'abuso relazionale subito, cioè sintomi conseguenti l'abuso relazionale.

Parole chiave: gaslighting, manipolazione, caso clinico, errore terapeutico

Gaslighting, a type of manipulative behavior

Abstract

A clinical case of gaslighting is presented. Gaslighting is a type of gender violence between partners. Specifically, it is a manipulative behavior, difficult for the victim to recognize, characterized by the gaslighter's numerous attempts to control the victim's thoughts, emotions and actions, and thus alter the victim's entire perception of reality. In the case described, the patient-victim presents paranoid thoughts and behaviors which are the result of the relational abuse by the gaslighter and not a symptom of paranoid personality disorder.

This article has two purposes. First, we wish to describe, in-depth, the phenomenon of gaslighting, still little-known in the literature, which has potentially adverse outcomes in terms of mental health and social costs.

Secondly, we wish to underline two risks of errors in the therapeutic strategy deriving from a wrong case formulation. The first risk we highlight comes from colluding with a dysfunctional patient's request, which is a particularly high-risk during psychotherapy with abused patients who are still in their dysfunctional relationships. This happens because the psychological functioning of the abused patients is already strongly compromised by these relationships. The second risk we identify in treating similar cases is colluding with the idea that the patient-victim is somehow responsible for the abuse suffered. The idea is that the gaslighter's manipulation can't be reduced by empowering the patient or

Claudia Perdighe, Erica Pugliese, Angelo M. Saliani, Francesco Mancini., *Gaslighting*, N. 28, 2021, pp. 3-14

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su

www.psicoterapeutiinformazione.it

increasing his/her self-esteem/assertiveness because treatment in this way still leaves the victim breathing the toxic gasses.

Key word: gaslighting, manipulative behavior, clinical case, therapeutic errors

*Adesso sono morta. Un cadavere in un cimitero.
Esisto solo su un profilo social, in cui è rimasto poco di me.
Esisto su dei necrologi.
Eppure ... io non mi sento morta,
è come se il mio tempo continuasse. Anche qui mi tormento, non è vero che finisce tutto.
Dicono che mi sono uccisa.
Credono che io sia stata troppo fragile per affrontare la vita e gli eventi degli ultimi anni.
Io so che non è vero. Sono stata uccisa. Ma nessuno lo dice.
Per questo voglio raccontarvi la mia storia e come sono stata uccisa da chi diceva di amarmi.
(Epitaffio di C.C.)*

Introduzione

Solitamente la psicoterapia e gli obiettivi che la guidano nascono da un equilibrio tra aspettative e richieste del paziente e quelli che sono gli obiettivi e le strategie proposte dal terapeuta, derivate dalla sua valutazione diagnostica.

Un paziente ossessivo, per esempio, potrebbe chiedere al terapeuta di eliminare tutti i dubbi dalla sua mente o di non avere mai più pensieri indesiderati; un paziente agorafobico potrebbe chiedere di insegnargli una tecnica che elimini per sempre l'ansia dalla sua vita. Il terapeuta, benché riconosca la legittimità di tali desideri, difficilmente può assecondare questo tipo di richieste e accettare come obiettivi terapeutici quello di estinguere ogni pensiero indesiderato o eliminare l'ansia.

Un terapeuta che sa come funziona il disturbo ossessivo, quali stati mentali lo regolano e quali sono i trattamenti di comprovata efficacia, sa che "non avere pensieri indesiderati" non solo non è uno stato ottenibile con i metodi della psicoterapia, ma non è neanche un obiettivo funzionale se si vuole curare il disturbo ossessivo e non semplicemente dare una rassicurazione al paziente (inutile sul medio e lungo termine).

Nella gran parte dei casi, dopo alcune sedute di assessment, terapeuta e paziente sono in grado di accordarsi sugli obiettivi del lavoro che faranno insieme, anche se naturalmente gli stessi possono essere parzialmente rivisti nel corso della terapia.

Ci sono casi, però, che possono essere problematici e in cui il primo errore del terapeuta può essere accettare e lavorare per degli obiettivi basati su una non piena comprensione dello stato mentale e/o diagnosi del paziente e, dunque, su una formulazione del caso scorretta o incompleta.

Escludendo i casi che nascono da malpratica e cattiva fede del terapeuta, in questo articolo vogliamo concentrarci su un tipo di situazione in cui la diagnosi e la formulazione del caso possono essere effettivamente rese più difficili da informazioni che confondono e inquinano il quadro clinico.

In questo lavoro presentiamo un caso di gaslighting. Con gaslighting si fa riferimento a un tipo di comportamento manipolatorio, spesso difficile da identificare, in cui un individuo prova a controllare i pensieri, le emozioni e le azioni del partner o di un'altra persona vicina, fino a provocare in lui/lei una profonda alterazione della percezione della realtà e di sé stesso (Calef, Weinshel, 1981; Miano, Bellamare, Genova, 2021). In altri termini, la vittima del gaslighting, per via della manipolazione subita, si convince di essere "pazzo" e inizia a dubitare dei propri pensieri e delle proprie percezioni. Se ne convince così profondamente da apparire anche agli altri gravemente confuso e disturbato. Cosa rischia di accadere se l'altro a cui la vittima di gaslighting confida i dubbi sulla propria sanità mentale è un terapeuta? Questo terapeuta che idea si farà del problema, come lo formulerà e come la condividerà con il paziente, se ignora il fenomeno? Per maggiore chiarezza, sempre con l'aiuto e il confronto con altre situazioni di interesse clinico: un terapeuta esperto di disturbo ossessivo compulsivo, sa benissimo che il proprio paziente ossessionato dal

timore di poter diventare improvvisamente malvagio e violento, non farà mai del male a nessuno, nonostante lui si mostri dannatamente dubbioso rispetto alle proprie intenzioni, e, sulla base di questa consapevolezza clinica, imposterà e condividerà serenamente un piano terapeutico di esposizione e prevenzione della risposta. Ancora, il terapeuta di un paziente agorafobico convinto di "impazzire" e perdere definitivamente il controllo di sé lontano da casa, non avrà difficoltà a rassicurarlo e motivarlo a esporsi alle situazioni temute grazie anche all'intima convinzione che mai il proprio paziente "impazzirà" per via dell'ansia. Ma come inquadrerebbe il problema di una paziente che afferma di essere pazza perché vede e pensa cose che non esistono, che un giorno afferma con sicurezza di avere notato che il partner le ha rubato del denaro dal suo conto bancario e il giorno dopo crede di avergli dato lei il permesso di prelevare il denaro, che un giorno si presenta in seduta disperata perché ha trovato il proprio partner a letto con un'altra donna e la seduta successiva ritratta tutto perché non più sicura di quello che credeva di aver visto?

Con la descrizione di questo caso e i suoi esiti vogliamo evidenziare come un intervento terapeutico efficace rispetto agli obiettivi concordati, può essere contemporaneamente strategicamente sbagliato se la formulazione del caso contiene degli errori. Vogliamo mettere in evidenza anche il fatto che in alcuni fenomeni clinici, e nello specifico le situazioni di abuso o di grave disfunzionalità relazionale, può essere particolarmente complesso l'assessment e la definizione di un contratto terapeutico in assenza di una letteratura scientifica che ne supporti la comprensione.

1. Come si racconta la paziente

Di seguito la ricostruzione, basata sugli appunti, di come Carolina si presenta in terapia nei primi due incontri. Ha 35 anni.

Ho incontrato Emme a 25 anni, nel pieno della mia giovinezza, bellezza e voglia di vivere. Non sono mai stata un genio o una grande studiosa, ma sono sempre stata sveglia. Questo mi ha permesso con la mia qualifica di segretaria di avere un lavoro prestigioso in una società importante della mia città. Mi ha permesso di avere una mia bella casa, la possibilità di fare una vita molto *Sex and the City*, con amiche e amici che mi volevano bene e con cui mi divertivo.

La mia famiglia probabilmente mi vuole bene, ma non mi capisce. I miei desideri non sono i loro e, credo, di apparirgli un po' come una sconosciuta. Per questo i miei amici sono la mia famiglia.

Non ho avuto un'infanzia o adolescenza infelici, questo sarebbe più facile da raccontare. Semplicemente non mi sono mai sentita del tutto vista dai miei genitori, e questo non è del tutto facile da spiegare. Credo che il rapporto con i miei, comunque, abbia a che fare con il fatto che il mio umore è molto dipendente da quanto mi sento amata dai miei amici, dai miei capi e, quando ci sono, dai miei fidanzati. Ho molta paura di perdere l'amore delle persone a cui voglio bene e questo mi rende, credo, fragile e non sempre capace di capire esattamente cosa voglio. Una mia amica psicologa mi ha detto che si chiama disturbo dipendente di personalità, ma non me ne sono mai occupata. Mi fa un po' paura, è più facile cercare di piacere che cercare di cambiare.

Emme quando lo ho conosciuto mi stava davvero antipatico. Si sentiva un Adone senza esserlo: ipercurato nel vestirsi e con l'aria di chi passa molto tempo con il suo personal trainer. La prima volta ci siamo incontrati in ascensore, io tornavo dalla pausa pranzo e lui saliva con il nostro direttore. Ha presente Gordon Gekko? Lui davanti alle segretarie. Mi squadra e prende le misure, ma come se guardasse una bella teiera in un negozio.

Certo, mi stava antipatico quando ha iniziato a collaborare con la mia società, vero. Non sarei sincera però se non confessassi anche che, come nella più banale delle storie, la sua aura di potere mi affascinava.

Forse per questo quando tre mesi dopo, mi ha chiesto di andare a lavorare con lui, di fargli da assistente personale non ho saputo non accettare. Certo lo stipendio era molto più alto e il l'offerta sembrava difficile da rifiutare, ma non credo che sia stato questo a farmi accettare.

Una volta una mia amica mi ha detto: a una persona per farmi innamorare, gli basta farmi credere che non sono all'altezza di averla o che comunque ci sono grandi ostacoli, per esempio un'altra relazione.

Io credo di essere esattamente così. Non mi innamoro di chi mi ama, di chi mi vuole così come appaio. Per esempio, in quel periodo ero fidanzata con Carlo, un giovane avvocato molto carino e che sembrava davvero volermi bene, mostrandomi con tutti quei comportamenti che di solito noi donne chiamiamo “voler bene”. Io, però, purtroppo non ho capito che si può essere felici di accettare l’amore, di volere le cose che si possono avere. Credo di aver sempre confuso la felicità e lo star bene con il desiderare e cercare di ottenere qualcosa che è difficile da avere. Se un uomo mi ama, evidentemente non deve essere di gran valore. Perché ama me? Perché evidentemente è un po’ sfigato.

Carlo non era affatto sfigato, e nel lasciarlo ho fatto la felicità di un’altra donna e dei loro figli; ma così lo devo aver visto nel lasciarlo.

Dopo poche settimane di lavoro con Emme, come nella più noiosa delle trame, lui riuscito a portarsi a letto la sua assistente personale: all’inizio lei finge un po’ di respingerlo e poi basta un po’ di champagne e qualche bel regalo e lei cede.

Questo è il modo banale di raccontarlo, forse il più vero, ma non è come l’ho vissuta io.

Io davvero credevo non mi piacesse e davvero pensavo che mai avrei avuto una relazione con un uomo di 10 anni più grande di me e sposato.

Non sapevo quanto però gli ero mentalmente inferiore.

Ho iniziato a lavorare con lui, che mi ha fatto subito il discorso sul fatto che “lo rappresentavo e che il mio lavoro rifletteva anche la sua immagine”. Questo aveva anche degli aspetti che mi lusingavano molto: siccome lo riflettevo, dovevo sempre portare bei gioielli e bei vestiti che lui mi regalava.

Quando, però, ho realizzato di essere l’amante e che questo sarebbe potuto durare, ho capito che non mi poteva piacere e star bene. All’inizio gli ho creduto e dato “il tempo di sistemare le cose con la moglie e la famiglia”. Dopo due anni, ho deciso di chiudere io. In realtà una parte di me non si è mai fidata di lui, come forse di nessuno. Anche perché anche se era lui quello spostato, controllava ogni mio movimento, per una sua gelosia esagerata. Lo ho lasciato dicendogli la cosa peggiore per chiudere “so che non mi darai mai ciò che voglio, chiudiamo e cerco altrove!”.

In fondo nel dirlo sapevo che non poteva accettare che io lo vedessi come uno non capace di soddisfarmi e soprattutto che cercassi altrove. E, infatti, ha lasciato la moglie e reso pubblica la nostra relazione.

Quando siamo andati a vivere insieme mi sentivo la prescelta dal principe con un Happy End. Poi ho iniziato a scoprire che il mio castello era fatto di bugie. Scopro le menzogne che mi racconta sulla separazione, scopro i tradimenti. Soprattutto, inizia il mio deterioramento mentale.

Davanti alle mie accuse di bugie e di tradimento, lui inizia a fare due cose. La prima è che nega anche davanti a prove inoppugnabili, evidenti, i suoi tradimenti e mi tratta da pazza visionaria. Per esempio una volta ho scoperto, attraverso le videocamere installate da lui, che in un fine settimana in cui non c’ero era venuta in casa una donna di cui ero gelosa e lui, anche davanti all’evidenza, mi diceva che avevo le allucinazioni, che non c’era stato nessuno. La seconda cosa che fa, è che inizia a farmi sentire uno schifo come donna; per esempio, prima di uscire mi fa notare i difetti del mio trucco o mentre facciamo palestra mi dice “hai un bel fisico, peccato che ti stia venendo la cellulite” o che “non sei soda” ecc. La sua gelosia si trasforma in “tu sei una portata all’infedeltà, non io geloso”.

E così dura altri anni. Ora lui non sa che vengo in terapia. Me lo impedirebbe.

Io però vengo perché vorrei capire cosa davvero voglio e vorrei soprattutto imparare a fidarmi di ciò che vedo e sento, invece di farmi venire i dubbi in base a quello dice lui. Non so se lo amo e, comunque, credo che sia tossico per me. Però capisco che anche io gli permetto di manipolarmi, che dovrei essere più forte. Mi sento in colpa e sbagliata anche perché rimango in questa relazione, probabilmente perché sono troppo sensibile al suo potere e al suo denaro.

Non so, non capisco, dove è lui stronzo e dove iniziano i miei problemi.

Sicuramente vorrei essere aiutata a non incastrarmi, a farmi toccare meno dalle sue critiche, a dire più quello che voglio e penso e poi vedere come va e semmai chiudere, sapendo che io ho fatto il possibile e che non sono sbagliata io. Vorrei essere capace di imporre a lui una

relazione più sana, in cui mi rispetta completamente e mi tratta davvero anche pubblicamente come la sua compagna, o chiudere.

2. La terapia con Carolina

Alla valutazione psicodiagnostica Carolina presenta umore depresso e stati d'ansia. Il test MMPI è compatibile con una diagnosi di disturbo dell'umore e ha un punteggio significativo alla scala PA, suggerendo aspetti di lettura persecutoria della realtà. Alla valutazione di personalità con la SCID-II non soddisfa sufficienti criteri per nessuna diagnosi, ma presenta diversi criteri del disturbo Dipendente, del disturbo Narcisistico, del Borderline e del passivo-aggressivo di personalità. Il quadro complessivo suggerisce un livello di sofferenza emotiva alta che informa il funzionamento in tutte le aree di vita.

Nei primi colloqui l'aspetto che più emerge è la difficoltà a capire cosa la paziente vuole: oscilla tra l'idea di voler chiudere il rapporto con Emme, la rabbia e il desiderio di allontanarsi e, dall'altra, sentimenti di inadeguatezza, disvalore e colpa che invece la spingono verso il desiderio di recuperare il rapporto. Anche la superiorità economica di lui è vissuta da un lato con sentimenti di umiliazione e sottomissione e dall'altra come fonte di senso di sicurezza, protezione e anche fascinazione.

Nella relazione questi sentimenti ambivalenti si traducono in comportamenti di distanziamento da Emme (ad esempio, minaccia di chiudere la relazione, ricerca di vicinanza con gli amici, critiche a lui) e, dall'altra, in ricerche di rassicurazione sull'amore di lui. Presenta un'attenzione selettiva a tutti i segnali di possibile infedeltà, tradimento, non amore di lui e su questi spesso si innescano cicli interpersonali in cui lui prima nega e le dà della visionaria, poi lei entra in uno stato di disperazione, rabbia che spesso si conclude con la minaccia o reale allontanamento da casa (prepara i bagagli, va in auto). Lui prima lascia che lei lo faccia e la insulta. Quando lei realmente si allontana, lui la segue con scene altamente drammatizzate spesso per strada (di solito avviene di notte). A quel punto lei torna e per un po' le cose vanno meglio ("lui è più affettuoso e io mi sento amata").

Il contratto su cui decidiamo di fare la terapia è:

- monitorare gli stati interni e aiutarla a differenziare tra esterno e interno (da "lui mi fa sentire" a "io sento o penso quando lui dice o fa ...");
- ridurre l'impulsività, in particolare: non agire subito la rabbia verso il compagno quando sente minacciato il suo valore, ma prendersi del tempo e usare strategie di problem solving come alternativa ad azioni impulsive immediate; questo anche per aiutarla a rendere il suo senso di valore meno minacciato da commenti di lui, imparando ad aumentare il distanziamento rispetto a frasi come "hai la cellulite" e la capacità di distinguere tra critica a un aspetto e disvalore globale;
- aumentare l'assertività (esprimere in modo chiaro e non aggressivo cosa pensa, prova, desidera), al fine di interrompere i cicli interpersonali problematici.

Lo scopo sotteso del terapeuta è aiutare la paziente a distinguere i suoi desideri autentici, le sue preferenze, da comportamenti guidati dal timore di perdere il compagno, al fine ultimo di aumentare la sua capacità di scelta.

Facciamo 12 incontri, durante i quali Carolina riesce a sentirsi più centrata, diventa meno impulsiva (il compagno le dice "ti trovo più calma e serena"), fa richieste esplicite sul desiderio di essere completamente legittimata pubblicamente come sua compagna; le discussioni si riducono per frequenza e intensità. Lei riferisce di sentirsi più consapevole dei suoi sentimenti e di "farsi scivolare più facilmente addosso i commenti critici di lui", sentendosi meno minacciata nel suo senso di valore.

Dopo 3 mesi, nell'ultima seduta riferisce due eventi per lei molto significativi: lui la ha portata a un evento pubblico ufficiale, presentandola a persone da cui fino a quel momento la aveva tenuta lontana; inoltre, per la prima volta dopo tanti anni, dice, "mi ha invitata a fare una cosa normale da innamorati: cinema e pizza". Questi eventi sono vissuti come un successo e avvicinamento al tipo di rapporto che desidera con il compagno.

A quel punto, c'è un'interruzione motivata da una sua partenza e, a seguire, l'interruzione estiva; la terapia non riprende dopo e i contatti si interrompono in questo modo. Poiché la paziente appare soddisfatta del lavoro fatto, la terapeuta non valuta opportuno richiamarla per riprendere la terapia.

L'unico contatto successivo è la richiesta della paziente di una connessione su un social media, ma senza altra comunicazione.

3. Il dopo la terapia e gli esiti finali

Dopo 12 anni, Carolina si toglie la vita.

La terapeuta ne viene informata a distanza di un anno da un contatto comune. Viene a sapere che in quei 12 anni, Carolina ha sposato Emme e hanno avuto un figlio. Il rapporto tra loro, soprattutto dopo la nascita del figlio, riprende a essere molto conflittuale. Dopo qualche anno, Carolina decide di separarsi, ma un reale distacco è reso difficile dalla dipendenza economica da lui. Lui si oppone fermamente alla separazione, non la accetta e oscilla tra blandirla con promesse di cambiamento e minacce. La presenza del figlio, e il desiderio di tutelarlo dall'esposizione a questo rapporto genitoriale patologico, rende Carolina ferma nella decisione. Nel frattempo, lei inizia una terapia farmacologica e una nuova psicoterapia (su cui non abbiamo informazioni).

Quando Emme capisce che non riuscirà a recuperare il rapporto, inizia una battaglia legale sull'affidamento del figlio e in questa battaglia emerge un'accusa a Carolina di abusi sessuali nei confronti del figlio. In seguito a questa accusa, viene sospesa la genitorialità a Carolina.

Per due anni, vede il figlio solo alla presenza di terzi. Nella prima fase, benché sconvolta da accuse così gravi, appare decisa nel difendersi e far revocare l'alienazione genitoriale.

Dopo due anni, si toglie la vita, con una modalità che non lascia adito a sospetti di gesto dimostrativo.

4. Gli errori del terapeuta?

A posteriori si può osservare che nella formulazione del caso il terapeuta ha sottovalutato alcune informazioni, in particolare:

- gli atteggiamenti svilenti di Emme sul valore personale e sull'aspetto (es. "senza di me dove vai", "sei bella, ma guarda che muscoli mosci");
- il fatto che lui metta ripetutamente in dubbio la sanità mentale di lei, sia in modo esplicito ("sei pazza", "sei paranoica", "hai le visioni"), sia con la negazione di dati di realtà (nega un tradimento, anche a fronte di prove certe come la presenza di un video, suggerendo interpretazioni bizzarre a favore della sua innocenza).

Il terapeuta, benché consapevole dei comportamenti manipolatori di Emme, non si rende conto della forma particolarmente malevola di manipolazione, mirante a mettere in dubbio la percezione della realtà della paziente (per esempio, con la negazione di dati di realtà evidenti). Il fatto che la paziente presenti un funzionamento psicologico già compromesso, in particolare gli aspetti di lettura persecutoria della realtà, contribuisce a una concettualizzazione del caso in cui il terapeuta in qualche modo collude con l'idea di una disfunzionalità della paziente, da cui consegue l'idea che sia legittimo focalizzare l'intervento sul migliorare il funzionamento di lei; l'attesa è che questo renda la paziente meno dipendente nella relazione e più soddisfatta o più capace di interrompere la relazione.

In altri termini, l'aspetto che più è stato trascurato è il fatto che la paziente era già profondamente danneggiata nel suo funzionamento al momento della richiesta e che, comunque, l'unica via d'uscita da una relazione così patologica era la rottura.

In questo modo il terapeuta ha inconsapevolmente colluso con un pregiudizio implicito della paziente: "Se lui mi manipola, è perché io glielo permetto". Si tratta di un pregiudizio molto diffuso anche tra i clinici, che porta a colludere con il senso di colpa della vittima e di autosvalutazione della vittima (Deetjens, 2009).

Perché questo errore nella concettualizzazione o sottovalutazione? È difficile rispondere a distanza di anni, ma tra le risposte c'è la mancanza di piena consapevolezza di forme di manipolazione come il gaslighting. Questo ha reso meno evidente al terapeuta che parte del funzionamento patologico (gelosia, sospettosità, dipendenza) erano effetto della relazione, più che aspetti patologici presenti stabilmente nel funzionamento della paziente.

5. Gaslighting: cosa è, le sue conseguenze e il suo trattamento

Le relazioni intime violente (Intimate Partner Violence, IPV) hanno ricevuto notevole attenzione negli ultimi anni (Morgan & Gilchrist, 2010; Yakubovich et al., 2018). Molto spesso portano a esiti negativi e costituiscono un fattore di rischio per la salute fisica e mentale delle persone coinvolte (McDonnell et al., 2010; Ellsberg, et al., , 2008; Organizzazione mondiale della sanità, 2013;

Spencer et al., 2019). Sebbene la maggior parte delle ricerche esistenti si sia concentrata in prevalenza sulle conseguenze della violenza fisica e sessuale del partner, le donne spesso riferiscono che l'abuso psicologico o emotivo può essere ancora più dannoso (Follingstad, 2009) e gli studi hanno dimostrato una forte associazione negativa fra il solo abuso psicologico e il funzionamento mentale e fisico (Ludermir, et al., 2010; Porcerelli, et al., 2006; Ruiz-Perez & Plazaola-Castano, 2005; Yoshihama, et al., 2009). Attualmente, una serie di indagini interculturali su larga scala, tra cui lo studio multinazionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulla violenza domestica e la salute delle donne (WHO MCS) e le indagini demografiche e sanitarie (DHS), si sono occupate di raccogliere dati su questa specifica forma di abuso. Tuttavia, ancora poco si conosce del fenomeno e su come intervenire in caso di sola violenza psicologica.

Lo scopo di questo case-report è stato quello di approfondire la storia di una donna con una problematica ascrivibile alla condizione di dipendenza affettiva patologica (DAP), vittima dunque di una relazione disfunzionale e suicida e, mediante l'analisi critica dell'intervento della psicoterapeuta, contribuire a una più attuale formulazione del caso. L'idea di base è quella che, al fine di ridurre l'incidenza e gli esiti negativi delle relazioni abusive, diviene fondamentale saper identificare in modo celere i segnali tipici della violenza di genere, affinché i clinici possano riconoscere i casi come quelli di Carolina e intervenire tempestivamente. Questo case-report si focalizza su un tipo specifico di violenza psicologica, il Gaslighting un fenomeno che, nonostante sia stato per la prima volta citato all'interno di un contesto clinico cinquant'anni fa, è rimasto ai margini della letteratura scientifica con poche pubblicazioni (Smith & Sinanan, 1972; Bashford & Leschziner, 2015) mentre è del tutto assente un protocollo di intervento. Questo case-report è un primo tentativo di colmare questo gap, partendo dalla descrizione del caso, inserendolo all'interno della condizione clinica generale della DAP con il fine di giungere a una corretta diagnosi e una migliore comprensione e intervento nei casi di gaslighting.

Nello specifico, Pugliese et al., (2019) definiscono la DAP un tipo di "legame che si caratterizza per la presenza nel tempo di abusi, violenza e/o manipolazioni perpetrati da uno o da entrambi i partner ed è per almeno uno dei due, fonte di sofferenza: chi soffre crede di non essere in grado di porre termine alla relazione e/o di tollerare che sia l'altro a decidere di separarsi. Quando questo scenario è minacciato, provano ansia e sono disposti a tutto per prevenirlo, mentre quando è attuale provano disperazione e/o rabbia e tendono a fare il possibile per recuperarlo e/o eliminare il disagio emotivo che ne deriva". Come anticipato, questa condizione può essere particolarmente pericolosa il/la dipendente affettiva incontra un partner con una personalità profondamente disturbata, trovandosi quindi in una situazione oggi conosciuta come "gaslighting". Questo fenomeno denota un tipo di comportamento manipolativo, spesso difficile da identificare, in cui un individuo (il/la cosiddetto/a "gaslighter") cerca di controllare e alterare le sensazioni, i pensieri, le azioni, lo stato affettivo e persino il sé del/la proprio/a partner (il/la "gaslightee") percezione e test di realtà (Calef & Weinshel, 1981; Miano, et al., 2021) attraverso una serie di manipolazioni, inganni e bugie (Stern, 2018). Coerentemente con il modello cognitivo della DAP (Pugliese et al., 2019), la gaslightee come Carolina va lentamente perdendo il proprio senso di dignità, di amore verso sé stessa e di sicurezza e attaccamento annientandosi a tal punto da restare priva del proprio personale orientamento e senso di fiducia verso i suoi diritti e bisogni legittimi come confermato anche dai test personologici. Il gaslighting, è infatti un tipo di abuso psicologico volto a far sembrare o far sentire le vittime "pazze", creando un ambiente interpersonale "surreale" che viene percepito nella vittima piano piano come l'unico possibile (Stern, 2018). Il gaslighting inoltre non è solamente un fenomeno psicologico ma anche sociale in quanto radicato nelle disuguaglianze sociali, compreso il genere, e reso possibile in relazioni intime cariche di potere e disparità economiche, proprio come nel caso di questa povera donna (Sweet, 2019). Questa forma estrema di manipolazione porta la vittima ad annullare se stessa, i propri valori e dignità. Nel caso della donna le distrugge l'idea di famiglia per la quale duramente aveva lottato, la reputazione con l'accusa di pedofilia e infine la relazione affettiva col bambino con la perdita della custodia. La decisione di togliersi la vita impiccandosi con un gesto che non lascia spazio a ipotesi di atto dimostrativo sembra l'unico esito possibile per la vittima di questo tipo di manipolazione perversa. Il suicidio in seguito a questo tipo di condizione, veniva già contemplato nella pubblicazione di Gass e Nichols (1988).

Stern (2018) afferma che il processo di gaslighting avviene inoltre in più fasi. Sebbene le fasi non siano sempre lineari e talvolta si sovrappongono, riflettono stati mentali emotivi e psicologici molto diversi. La prima fase si caratterizza per l'incredulità della vittima. Il comportamento dal

gaslighter risulterà immediatamente come incomprensibile, ingiusto, falso o anomalo e la sensazione è di perdita dell'orientamento. La seconda fase si caratterizza per il tentativo della vittima di difendersi provando a convincere il suo abusante che quello che dice non corrisponde alla verità; può provare a instaurare un dialogo ostinato, una sorta di missione finalizzata a far cambiare il comportamento del gaslighter. La terza fase è la discesa nella depressione. La vittima si convince che ciò che l'abusante dice nei suoi confronti corrisponde a verità, si rassegna, diventa insicura ed estremamente vulnerabile e dipendente. In questa fase la perversione relazionale raggiunge il suo apice: la violenza si cronicizza e la vittima si convince di essere nell'errore dando piena ragione al manipolatore che, spesso, viene anche idealizzato.

Patricia Evans (1996), identifica sette "segnali di pericolo" tipici del gaslighting: Nascondere informazioni alla vittima; Modificare le informazioni per adattare alla prospettiva dell'abusante; Riduzione della quantità di informazioni; Abuso verbale, di solito sotto forma di battute/ironia; Bloccare e distogliere l'attenzione della vittima da fonti esterne; Banalizzare ("minimizzare") il valore della vittima; Minare il valore della vittima indebolendo gradualmente i suoi processi mentali.

Evans (1996) ritiene necessario comprendere i segnali di pericolo del gaslighting per iniziare il processo di guarigione da esso. Di conseguenza è possibile ipotizzare che, come per la violenza di tipo fisico anche per l'abuso psicologico, una volta appurata la condizione di dipendenza affettiva patologica e riconosciuti i segnali di questo tipo di manipolazione, il primo intervento terapeutico è finalizzato alla messa in sicurezza. Il punto di partenza è imparare a non aspettarsi che le cose vadano diversamente (Stern, 2018). Il desiderio che le cose prima o poi migliorino è molto potente e, in questi casi, altrettanto inutile e distruttivo (Pugliese et al., 2019). Porta a pensare che la logica e la ragione avranno la meglio, che la persona cambierà e che presto avrà capito. Ma si è sulla strada sbagliata: il *gaslighter* non darà mai realmente ragione, non cambierà per nessuno e non ascolterà mai veramente.

Vivere una relazione caratterizzata da DAP ed essere vittime di abuso psicologico come il gaslighting può avere dunque conseguenze estremamente gravi. Da una indagine recentemente condotta da Instat è emerso che a seguito di ripetute violenze dai partner (attuali o precedenti), psicologiche e/o fisiche, più della metà delle vittime soffre di perdita di fiducia ed autostima, frequenti attacchi di ansia, fobia e attacchi di panico, disperazione e sensazione di impotenza, disturbi del sonno e dell'alimentazione, depressione, nonché difficoltà a concentrarsi e perdita della memoria, dolori ricorrenti nel corpo, difficoltà nel gestire i figli e infine autolesionismo o idee di suicidio (Dati Instat, 2015).

Dall'osservazione clinica inoltre emerge che le vittime dei manipolatori perversi si distinguono spesso per la difficoltà a interrompere il rapporto con queste personalità dovuta a diverse paure che corrispondono a tre principali antiscopi:

1. Paura di sentirsi indegno/a e quindi di perdere valore separandosi. In qualche modo è la relazione con queste persone a dar loro luce e valore, elementi che non riescono a riconoscere sul proprio sé'. L'altro viene dunque idealizzato e percepito come irraggiungibile e le sue attenzioni tutto ciò che hanno sempre desiderato.
2. Paura di sentirsi soli, vulnerabili, fragili, invisibili e/o in pericolo senza quella relazione. L'altro viene visualizzato come violento, punitivo.
3. Paura di far soffrire l'altro scegliendo di separarsi. L'altro viene visto come fragile e problematico.

Queste tre paure e le diverse immagini dell'altro concorrono in misura diversa alla personalità tipica del gaslighter e allo scopo terminale di non separarsi anche in base al momento della relazione. Per esempio, in caso di conflitto in atto la persona potrebbe sentirsi vulnerabile, immaginare l'altro come abusante e desiderare di lasciarlo/a; nei momenti di benessere relazionale, invece, anche se sempre più rari nel tempo, la persona potrebbe temere di perdere il proprio valore separandosi o di ferire in qualche modo i sentimenti dell'altro in quel momento vissuto come fragile e non in grado di vivere senza di lui/lei. Rispetto alle tre motivazioni o antiscopi, questo ultimo tipo di sentimento, definito colpa altruistica (Mancini, 2008), spinge spesso ciclicamente e in ultima istanza la persona vittima dei gaslighter a sacrificare il proprio benessere per l'altro e a non legittimarsi il diritto "ad abbandonare la nave" e quindi a proseguire per la propria strada. Se da una

parte questo tipo di pazienti possono essere critici nei confronti della relazione o del/la partner tossici, quello che emerge è che in virtù della colpa altruistica non sentono corrisposto il diritto a perseguire i propri obiettivi di vita sana e di realizzazione personale quando è in pericolo il benessere dell'altro. Questa regola che si impongono li spinge a giustificare continuamente il comportamento dell'altro, una abilità sicuramente rinforzata e che comunque hanno appreso in passato nelle relazioni precoci, mettendo lentamente in discussione se stessi, le proprie percezioni e credenze sulla tossicità della relazione, identificandosi piano piano in quelle del manipolatore perverso. In termini di intervento clinico, sembra dunque fondamentale approfondire i tre anticopi tipici e sondare in particolare la sensibilità del paziente alla colpa altruistica poiché, una mancata comprensione del funzionamento di questo tipo di sentimento da parte del terapeuta, potrebbe portare il/la paziente a mantenere all'infinito la condizione psicopatologica con il/la partner tossico/a. Mancini (2008) coerentemente con questo, afferma che più il legame è intimo più l'investimento altruistico è consistente. Inoltre, è possibile che ci si senta in colpa anche se non è possibile poter fare altro oltre a quello che si è fatto fino a quel momento dato che non si è in grado di escludere con certezza che si sarebbe potuto fare qualcosa di utile, anche se, appunto, non si sa che cosa. Di conseguenza la persona con questo tipo di vulnerabilità potrebbe potersi trovare a subire il gaslighter senza veramente mai liberarsene. Lavorare sul diritto nelle relazioni intime a scegliere per il proprio benessere e allontanare le persone negative della nostra vita (Walker, 2013) sembra dunque fondamentale per poter ridurre gli esiti avversi di questa particolare condizione di dipendenza affettiva patologica.

La storia di Carolina insegna che la terapeuta non poteva sapere quanto pericolosa fosse quella situazione perché si è stati per lungo tempo portati a pensare che la violenza nelle relazioni intime fosse circoscritta alle ferite fisiche. Oggi, la maggior parte delle ricerche e delle indagini multiculturali sono concordi nel ritenere che sebbene le ferite fisiche siano sicuramente ben più riconoscibili, quando qualcuno ti manipola, non ci sono segni visibili né responsabili evidenti ma è altrettanto probabile che si finisca per vedere distrutto il proprio senso di valore e dignità, si annulli l'amore per se stessi e manchi piano piano del tutto la fiducia negli altri così come si può giungere ad esiti drammatici nei quali la persona interrompa la propria vita attraverso la mano invisibile di un narcisista manipolatore.

Bibliografia

- Bashford, J., & Leschziner, G. (2015). Bed partner "gas-lighting" as a cause of fictitious sleep-talking. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11, 1237-1238. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5102>
- Calef, V., & Weinshel, E. M. (1981). Some clinical consequences of introjection: Gaslighting. *The Psychoanalytic Quarterly*, 50, 44-66. <https://doi.org/10.1080/21674086.1981.11926942>
- Cawthra, R., O'Brien, G. & Hasseneyeh, F. (1987). "Imposed psychosis": a case variant of the gaslight phenomenon. *British Journal Psychiatry*, 150, 553-6.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371, 1165-1172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X)
- Evans, P. (2010). *The verbally abusive relationship: How to recognize it and how to respond*. Simon and Schuster.
- Follingstad, D. R. (2009). The impact of psychological aggression on women's mental health and behavior: The status of the field. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10, 271-289. <https://doi.org/10.1177/1524838009334453>
- Gass, G.Z., & W.C. Nichols. (1988). Gaslighting: A Marital Syndrome. *Contemporary Family Therapy* 10, 3-16.
- ISTAT (2015). *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia*. In: https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf

- Ludermir, A. B., Lewis, G., Valongueiro, S. A., de Araújo, T. V. B., & Araya, R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*, 376, 903-910. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60887-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60887-2)
- Lund, C. A., & Gardiner, A. Q. (1977). The gaslight phenomenon—an institutional variant. *The British Journal of Psychiatry*, 131, 533-534. <https://doi.org/10.1192/bjp.131.5.533>
- Mancini, F. (2008). I sensi di colpa altruistico e deontologico. *Cognitivismo clinico*, 5(2), 123-144.
- McDonnell, J., Ott, J., & Mitchell, M. (2010). Predicting dating violence victimization and perpetration among middle and high school students in a rural southern community. *Children and Youth Services Review*, 32, 1458-1463. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.07.001>
- Miano, P., Bellomare, M., & Genova, V. G. (2021). Personality correlates of gaslighting behaviours in young adults. *Journal of Sexual Aggression*, 27, 384-402. <https://doi.org/10.1080/13552600.2020.1850893>
- Mieko, Y., Horrocks, J. & Kamano, S. (2009). The role of emotional abuse in intimate partner violence and health among women in Yokohama, Japan. *American journal of public health* 99, 4, 647-653.
- Morgan, W. & Gilchrist, E. (2010). Risk assessment with intimate partner sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 16, 361-372. <https://doi.org/10.1080/13552600.2010.502976>
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*.
- Porcerelli, J. H., West, P. A., Binienda, J., & Cogan, R. (2006). Physical and psychological symptoms in emotionally abused and non-abused women. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 19, 201-204. <https://doi.org/10.3122/jabfm.19.2.201>
- Ruiz-Pérez, I., & Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic medicine*, 67, 791-797. doi: 10.1097/01.psy.0000181269.11979.cd
- Smith, C. G., & Sinanan, K. (1972). The Gaslight Phenomenon Reappears: A Modification of the Ganser Syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 120, 685-686. <https://doi.org/10.1192/bjp.120.559.685>
- Spencer, C. M., Stith, S. M. & Cafferky, B. (2019). Risk markers for physical intimate partner violence victimization: A meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 44, 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.10.009>
- Stern, R. (2018). *The Gaslight Effect: How to spot and Survive the Hidden Manipulation Others Use to Control Your Life*. New York, Harmony.
- Sweet, P. L. (2019). The sociology of gaslighting. *American Sociological Review*, 84, 851-875.
- Walker, P. (2013). *Complex PTSD: From surviving to thriving*. Azure Coyote.
- Yakubovich, A. R., Stöckl, H., Murray, J., Melendez-Torres, G. J., Steinert, J. I., Glavin, C. E. & Humphreys, D. K. (2018). Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective–longitudinal studies. *American journal of public health*, 108, e1-e11. doi: 10.2105/AJPH.2018.304428

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

Sfidare la morte e rischiare di vincere: autolesionismo e suicidio in preadolescenza

Rocsana Porcelli¹, Alessia Laforgia¹, Enrica Capriati¹, Arturo Catalano², Maria Grazia Foschino
Barbaro³

¹Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari, Italia

²Centro Clinico AIPC, Bari, Italia

³Servizio U.S.D. Psicologia Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII di Bari, Direttore Associazione Italiana di
Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari, Italia

Riassunto

L'autolesionismo consiste nel danneggiamento del proprio corpo attraverso lesioni autoinflitte dirette ed intenzionali e colpisce soprattutto adolescenti e giovani adulti. Nel corso degli ultimi anni, ed in particolare durante il periodo pandemico (Covid-19), tale fenomeno sembra essersi acuitizzato, divenendo oggetto di molteplici ricerche. È stato riscontrato infatti che, sebbene gli atti autolesionistici abbiano una differente natura rispetto ai tentativi di suicidio, vi è un forte legame predittivo tra i primi ed i secondi, per cui risulta fondamentale intervenire tempestivamente su tale forma di sofferenza. Il presente articolo evidenzia quali fattori di rischio e di protezione sono alla base di tale fenomeno e come l'isolamento sociale e l'utilizzo inadeguato dei social media possa incidere negativamente su di esso. Vengono illustrati, inoltre, alcuni tra gli interventi più efficaci a favore dei giovani suicidari.

Parole chiave: adolescenza, autolesionismo, tentativi di suicidio, sfide social media

Defying death and risking to win: self-harm and suicide in pre-adolescence

Summary

Self-harm consists in damaging one's own body through direct and intentional self-inflicted injuries and mainly affects adolescents and young adults. Over the last few years, and in particular during the pandemic period (Covid-19), this phenomenon seems to have worsened, becoming the subject of multiple researches. In fact, it has been found that, although self-injurious acts have a different nature compared to suicide attempts, there is a strong predictive link between the former and the latter, so it is essential to intervene promptly on this form of suffering. This article highlights which risk and protection factors are the basis of this phenomenon and how social isolation and inappropriate use of social media can negatively affect it. In addition, some of the most effective interventions in favor of young suicidal people are illustrated.

Key-words: adolescence, self-harm, suicide attempts, social media challenges

Rocsana Porcelli, Alessia Laforgia, Enrica Capriati, Arturo Catalano, Maria Grazia Foschino Barbaro, *Sfidare la morte e rischiare di vincere* N. 28, 2021, pp. 15-27.

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

Introduzione

I comportamenti autolesivi non suicidari (*Non-Suicidal Self-Injury*, NSSI) sono atti intenzionali volti al danneggiamento dei tessuti del proprio corpo, in assenza di intenzioni suicidarie. Il tasso di incidenza nel corso di vita è compreso tra il 15 e il 30% e l'età di insorgenza ricade nei primi anni dell'adolescenza, tra i 10 e i 12 anni circa. All'interno del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Psichiatrici (DSM 5), l'autolesività non suicidaria occupa una categoria diagnostica a parte, poiché si differenzia dal disturbo da comportamento suicidario, in quanto priva del desiderio di morire come obiettivo dichiarato e dal disturbo borderline di personalità, perché associata a periodi caratterizzati da comportamenti collaborativi e relazioni positive. Tuttavia, sempre nel DSM 5, viene fatto riferimento ad un'alta probabilità di commettere atti suicidari da parte di questi adolescenti.

I tassi di NSSI sono più elevati tra le popolazioni psichiatriche, in particolare con disagio emotivo, depressione, ansia e disregolazione emotiva; ma sempre più frequenti sono i casi di NSSI anche all'interno della popolazione non psichiatrica, che con difficoltà arriva ad osservazione clinica. I comportamenti autolesivi vengono spesso appresi attraverso l'emulazione o per mezzo di canali social, sotto forma di challenge condivise. È interessante notare inoltre, come nel sesso femminile si prediligano pratiche come il *cutting* mentre nel sesso maschile pratiche come bruciarsi e auto-colpirsi. I comportamenti autolesivi, comprendono anche condotte a rischio come l'abuso di sostanze psicoattive, la sessualità promiscua, il gioco d'azzardo, il *Self Poisoning* (auto-avvelenamento), l'ingestione di sostanze tossiche e l'abuso di droghe.

Nel seguente articolo proveremo a delineare gli aspetti più salienti degli NSSI, in associazione all'ideazione ed al rischio suicidario, all'impatto dei social media, al funzionamento psicologico ed i fattori che alimentano o hanno funzione protettiva.

Autolesionismo e rischio suicidario

L'autolesionismo esiste da sempre: infatti, il 20% degli adolescenti in Italia e il 25% in Europa (OMS, 2018) si fa del male, si taglia o si infligge un danno fisico intenzionalmente. Tra le attività di autolesionismo troviamo il tentativo di suicidio, che, dopo gli incidenti stradali, rappresenta nella seconda causa di morte per i giovani tra i 10 e i 25 anni.

Secondo Stefano Vicari, responsabile di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, i tentativi di suicidio e autolesionismo sono aumentati del 30% da ottobre 2020 a gennaio 2021. Con l'inizio della seconda ondata della pandemia da COVID-19, è stato riscontrato un notevole rialzo degli accessi al pronto soccorso con disturbo psichiatrico, e nel 90% dei casi si è trattato di giovani tra i 12 e i 18 anni che hanno cercato di togliersi la vita.

Se nel 2019 gli accessi al PS erano stati 274, nel 2020, 300. Mai come negli scorsi mesi, da novembre 2020 a gennaio 2021, il reparto è stato occupato al massimo della capienza; negli anni

precedenti, infatti, i posti venivano occupati al massimo al 70%. Nell'inverno 2021, al PS, si è registrato un ricovero al giorno per attività autolesionistiche.

Questo drammatico fenomeno da ottobre 2020 si è acuitizzato. Si tratta principalmente di tagli negli avambracci, nelle braccia e nelle gambe, che molti ragazzini dichiarano di fare perché attanagliati da un malessere psicologico, ed è come se il male fisico li liberasse dal dolore interiore.

Da uno studio americano sui fattori di rischio e fattori di protezione del comportamento suicidario giovanile, effettuato nel 2020, è emerso che, il suicidio, attualmente, rappresenta la seconda causa di morte negli Stati Uniti, in persone di età compresa tra 10 e 14 anni. Nel 2017 circa 500 giovani di età compresa tra 10 e 14 anni sono morti per suicidio. Tuttavia, diversamente dalle altre principali cause di morte tra i giovani (ad esempio, anomalie congenite, malattie cardiache), il suicidio può essere prevenibile grazie a un intervento tempestivo.

Tentativi di suicidio (TS), autolesionismo non suicidario (NSSI) e ideazione suicidaria (SI) sono alcuni tra i più importanti predittori clinici di successiva morte per suicidio.

Seppure l'NSSI e i comportamenti suicidari rappresentino entrambi forme di autolesionismo, differiscono tra loro. L'NSSI è il più diffuso, coinvolge metodi diversi (ad esempio, tagliarsi e bruciarsi, piuttosto che comportamenti che coinvolgono armi da fuoco, impiccagione o auto-avvelenamento) e dal punto di vista medico provoca danni fisici meno gravi e meno letali, rispetto ai tentativi di suicidio. È, tuttavia, importante precisare che, le persone che si impegnano nel NSSI non intendono porre fine alla propria vita. In effetti, l'NSSI viene eseguito con maggior frequenza in assenza di ideazione suicidaria. Klonsky et al. hanno rilevato che l'NSSI è maggiormente associato ad una storia di tentativi di suicidio rispetto ad altri fattori di rischio stabiliti, come depressione, ansia, impulsività e BPD. Inoltre, stanno aumentando studi longitudinali che considerano l'NSSI come il più grande predittore di futuri tentativi di suicidio, più forte, anche, di una storia di tentativi di suicidio passati. La teoria interpersonale del suicidio di Thomas E. Joiner fornisce un quadro convincente per comprendere la relazione tra NSSI e tentato suicidio. Tale teoria afferma che debba coesistere il desiderio di suicidio con la capacità di agire questo. In genere, le lesioni e il dolore sono evitate dalla maggior parte delle persone, soprattutto quelle che possono provocare la morte (**NON CAPISCO QUESTA FRASE SE SI PARLA DI SUICIDIO**). Pertanto, portare a termine l'idea suicidaria implica il superamento del dolore e della paura associati all'esecuzione dell'atto. Visto in quest'ottica, l'NSSI può rappresentare un fattore di rischio unico per il suicidio, in quanto fortemente associato al disagio emotivo e interpersonale, che aumenta il rischio di ideazione suicidaria e (o) il desiderio di essa. Inoltre, desensibilizza le persone al dolore e aumenta la capacità di agire il desiderio suicida. Lo *Youth Risk Behaviour Survey*, un'indagine nazionale effettuata sugli studenti delle scuole superiori statunitensi, ha indicato che il 17,6% degli studenti è coinvolto in NSSI e il 17,7% degli studenti riferisce seriamente di prendere in considerazione il tentativo di suicidio. L'8,6% degli studenti dichiara di aver tentato il suicidio all'interno di un periodo di un anno ed il numero di visite cliniche di emergenza e di ricoveri in ospedale per ideazione suicidaria e tentativi di suicidio in questa fascia di età, è raddoppiato

nell'ultima decade. (ESISTE QUALCHE DATO CHE INDICA QUANTO I COMPORTAMENTI AUTOLESIVI AUMENTANO DI FATTO IL RISCHIO SUICIDARIO??? SE SI FORSE SAREBBE INTERESSANTE INSERIRLO)

Sfide social-media

Negli ultimi anni, i Social network, per gli adolescenti, hanno assunto un ruolo fondamentale poiché sono diventati luoghi di incontro, spazi per comunicare e in cui costruire la propria immagine e identità digitale. Tuttavia, il profilo sui social network rischia di diventare l'unico specchio in cui riflettere la propria persona, in un'immagine che resta distorta e in un senso di sé alterato dalla misura in "like". Secondo i dati dell'Osservatorio Nazionale Adolescenza, rilevati su un campione di circa 12.751 studenti di scuole secondarie di primo e di secondo grado su tutto il territorio nazionale, sono quasi 3 su 10 gli adolescenti, dai 14 ai 19 anni, e il 22% dagli 11 ai 13 anni, che dichiarano di avere l'ansia prima di pubblicare una foto per paura che non possa piacere, che non ottenga consensi o che venga criticata. Il 60% dei ragazzi tra i 14 e i 19 anni e il 65% tra gli 11 e i 13 anni raccontano di sentirsi felici quando ricevono tanti *like* ai post e tanti commenti positivi, e il 66% degli adolescenti controlla minuziosamente chi mette il like ai post e anche chi guarda le loro storie. I meccanismi che vi sono alla base, oltre alla curiosità e all'omologazione rispetto alla propria generazione, sono da ricercare in una vera e propria sfida, un modo per misurarsi con se stessi e dimostrare coraggio.

Partendo da riflessioni stimulate dai risultati della ricerca, che miravano ad analizzare il rapporto tra i social network digitali e la violenza vissuta e praticata nell'ambiente digitale da bambini e adolescenti, si è presupposto che l'isolamento sociale adottato per affrontare la pandemia da COVID-19 abbia intensificato alcuni elementi legati alla socialità digitale (iper-esposizione, confini intimi pubblico-privato diluiti, auto-spettacolarizzazione), che creano le condizioni per l'esacerbazione della violenza digitale. La vita, nel suo insieme, può essere mediatizzata. La personalità dell'autore, le sue avventure, la routine e le sue opinioni sono supportate da immagini, suoni, testi e materiale audiovisivo, al fine di mostrare "la vita così com'è". Una delle piattaforme principali che ospitano il materiale audiovisivo di queste celebrità del web è *YouTube*. Gli *YouTuber* influenti, infatti, vengono spesso descritti come micro-celebrità. Uno dei principali contenuti resi disponibili su *YouTube*, che ritrae questa auto-spettacolarizzazione, è rappresentato dalle sfide online, che coinvolgono una sorta di autolesionismo. La particolarità di questi atti consiste nell'assumere la forma di un "gioco", in cui i partecipanti non necessariamente sono consapevoli del danno che possono subire quando eseguono i compiti prescritti. La sfida più famosa è conosciuta come il gioco "*Blue Whale*", la cui creazione è attribuita al russo Filipp Budeykin, che ha reclutato giovani in gruppi suicidi. Il gioco prevedeva una serie di attività quotidiane che venivano inviate in anticipo o istantaneamente e sfidavano persino l'automutilazione, culminando nel compito di suicidarsi. Tutt'ora, giovani *YouTuber* o adolescenti lanciano "sfide" che invitano il proprio pubblico a bere acqua bollente, inalare deodorante e trattenere il respiro, entrare in apnea a

tempo indeterminato, impiccarsi, farsi autoritratti (selfie) in situazioni rischiose, deglutire sostanze e persino uccidersi. Tali "sfide" sono viste come uno scherzo e un evento da filmare e pubblicare, guadagnando popolarità in diversi Paesi. Da un sondaggio condotto su Google Trends, è stato possibile osservare che la ricerca del termine "sfide online" è cresciuta considerevolmente in tutto il mondo dopo l'attuazione delle misure di isolamento sociale. Una delle sfide che si è diffusa in Brasile in tempi di pandemia e paura dell'infezione dal nuovo COVID-19, è stata la sfida del gel alcolico, uno dei prodotti più richiesti per l'igiene e la prevenzione delle infezioni. Approfittando della popolarità del prodotto e dell'elevata visibilità mediatica, diversi YouTuber hanno proposto al proprio pubblico la sfida "*Alcohol Gel*". Le sfide più popolari con il prodotto, riguardavano le seguenti pratiche: inalare, bere e dare fuoco a una quantità di prodotto nel corpo dello sfidante o sputare il prodotto in fiamme. Una tra le sfide consisteva, ad esempio, nel posizionare una piccola quantità di gel alcolico su una superficie a forma di linea retta e con una cannuccia o qualsiasi altro oggetto cilindrico ispirare il gel alcolico nella narice dello sfidante, provocando reazioni come bruciore, starnuti, vomito, nausea e necessità di bere acqua. Nelle sfide dell'ingestione, lo sfidante propone al suo pubblico di bere gel alcolico direttamente dalla bottiglia come se fosse una dose di bevanda distillata. Così come le sfide dell'inalazione, diversi bambini e adolescenti forniscono le loro dichiarazioni sugli effetti collaterali sperimentati. L'ultimo tipo di sfida portata avanti con il gel alcolico è stata quella che ha guadagnato maggiore notorietà e ripercussione, costringendo YouTube a rimuoverla dalla sua piattaforma per aver violato le regole di sicurezza stabilite dall'azienda. La sfida del gel alcolico è sicuramente effimera, poiché appariranno nuove sfide ad ogni nuovo tema o situazione che attira l'attenzione dei media e, attraverso questo, la possibilità di ottenere visibilità.

Un'altra sfida molto diffusa tra gli adolescenti è il "*Daredevil selfie*", la moda dello «scatto mortale», che prende il nome dal supereroe *Daredevil*, l'eroe cieco protagonista dei fumetti della Marvel. Si tratta fondamentalmente di scattarsi un *selfie* in una situazione estrema e molto pericolosa. Le immagini vengono postate sui social con la speranza di ricevere molti *like* e di diventare virali. Proprio per questa ragione, capita di frequente, che vengano scattate in circostanze sempre più rischiose, in una sfida aperta con la morte. Nel Rapporto Italia 2019 dell'Eurispes, in 6 anni, dall'ottobre 2011 al novembre 2017, sono state 259 le vittime nel mondo rimaste uccise nel tentativo di scattarsi un *selfie*, ovvero fotografarsi in un luogo o una circostanza insoliti, esotici, audaci, per il gusto di sperimentare un'esperienza estrema e il piacere di rendere pubblica l'immagine di sé attraverso i *social*, in cerca di approvazione e ammirazione. I numeri emergono da uno studio dell'*India Institute of Medical Sciences* di Nuova Delhi. La fascia d'età 10-19 anni conta ben 76 vittime. Dallo studio emerge che le 259 vittime sono legate a 137 incidenti: l'84% di questi sono stati determinati da giovani tra i 10 e i 29 anni che non hanno calcolato bene i rischi.

Funzionamento psicologico

Nella fase dell'adolescenza i cambiamenti che interessano lo sviluppo fisiologico, morfologico e sessuale, cognitivo e sociale sono molteplici. In tale fase, infatti, avviene l'esplorazione delle

relazioni sociali e l'individuazione dalle relazioni familiari (Erikson, 1968), e cambiamenti nel modo di pensare non investono solo l'ambito cognitivo, ma il modo in cui l'adolescente guarda sé stesso, l'altro e il mondo, influenzando il suo sviluppo affettivo e sociale. Una fase di sperimentazioni e identificazioni ancora non coese, non armonizzate, che hanno come obiettivo la costruzione dell'identità, articolata su cambiamenti a più livelli, repentini ed a volte disarmonici. In questa cornice le sfide rappresentano l'occasione per valorizzare il sé e consolidare l'identità. Tuttavia si configurano come estreme più frequentemente negli adolescenti vulnerabili e fragili, assumendo una funzione di regolazione emotiva e di compensazione delle rappresentazioni negative del sé. Gli NSSI si traducono in una riduzione delle emozioni negative e l'insorgere di sensazioni (temporanee) di calma e sollievo. A volte si presume che l'NSSI funzionino principalmente per suscitare attenzione o reazioni da parte degli altri. Tuttavia, tale dato non è stato confermato dalla letteratura. Tale atto difatti, viene spesso compiuto in privato come un modo per alleviare rapidamente intense emozioni negative.

Molte ricerche hanno suggerito come questi comportamenti siano associati a riduzioni delle emozioni negative, come tensione, paura e tristezza (Briere, Gil, Klonsky & Kumar) e hanno dimostrato una diminuzione dell'effetto negativo di queste emozioni a seguito della somministrazione di uno stimolo doloroso (ad esempio, Bresin e Gordon, Franklin et al, e Weinberg e Klonsky). È stato anche segnalato un aumento dell'effetto positivo, suggerendo un deficit nella capacità di regolare le emozioni in modo adattivo. Inoltre, la disregolazione emotiva è associata ad una diminuzione della percezione del dolore.

Un ruolo importante nell'autolesionismo è svolto dalla rabbia auto-diretta o auto-punizione (Hooley et al.), suggerendo che l'auto criticismo ha una relazione causale con l'NSSI. Secondo Klonsky, le funzioni dell'autolesionismo non suicidario possono essere suddivise in 2 categorie:

- intrapersonale-auto-focalizzato (ad esempio, emozione regolazione e auto-punizione);
- interpersonale-altro-focalizzato (per esempio, influenzare gli altri).

Risulta evidente come il comportamento messo in atto come tentativo di soluzione non solo aumenti le emozioni negative, ma inneschi anche valutazioni secondarie sulla capacità della persona di gestire determinate situazioni, irrobustendo sempre più il circolo vizioso.

Doctors suggerisce che le condotte autolesionistiche possono essere collegate all'alessitimia, (incapacità di identificare e descrivere le proprie emozioni), e la difficoltà a descrivere le proprie emozioni sembra spiegare i comportamenti autolesivi. Infatti, questi pazienti non essendo in grado di comunicare le proprie emozioni adeguatamente, agirebbero tali comportamenti con lo scopo di ridurre il *distress* emotivo.

Fattori di rischio e di protezione

Negli Stati Uniti, circa il 98% dei bambini di età pari o inferiore a 8 anni ha accesso a dispositivi connessi a Internet e trascorre più di 2 ore di tempo al giorno davanti ad uno schermo. Esiste una

correlazione tra il tempo trascorso davanti allo schermo e la psicopatologia giovanile che potrebbe teoricamente estendersi al suicidio. Tali dati rappresentano i principali fattori di rischio alle condotte suicidarie. *L'Adolescent Brain and Cognitive Development* (ABCD, 2020) ha analizzato i pensieri e i comportamenti suicidari dell'infanzia nel più ampio campione di bambini di 9-10 anni, che vive negli Stati Uniti. Sono state selezionate variabili relative all'ambiente di vita, alle caratteristiche genitoriali, alla funzione familiare e alla storia prenatale e ostetrica, al benessere fisico e mentale, alle capacità cognitive, ed ai tratti comportamentali dei bambini. Su 7994 bambini con una età media di 9 anni, 673 bambini hanno riportato idee suicidarie passate o attuali, 75 hanno riferito di avere o aver avuto piani suicidari e 107 hanno riferito di aver compiuto in passato tentativi di suicidio. Il rischio di suicidalità segnalata dai bambini è aumentato con un maggiore tempo di utilizzo dello schermo nel fine settimana e ridotto con una maggiore supervisione dei genitori e coinvolgimento scolastico. Nello studio viene inoltre evidenziato, come la supervisione genitoriale, il livello socio culturale elevato dei genitori e l'impegno scolastico siano invece importanti fattori di protezione. La capacità del caregiver di segnalare il pericolo di suicidio per il figlio è risultato positivamente associato al suo livello d'istruzione e al sesso maschile dei figli mentre inversamente associato al numero di conviventi familiari.

Risultati chiave dimostrano che circa otto bambini su 100 in questa fascia di età sperimentano il suicidio. I dati indicano, inoltre, che la tendenza al suicidio in questa fascia di età è dominata da pensieri suicidari, ma i tentativi di suicidio veri e propri sono rari (Janari et al., 2020).

Già nel 2019, la Gran Bretagna aveva lanciato un grido d'allarme sul fenomeno, rilevando che nella fascia d'età 11-12 anni emergevano pensieri autolesionistici nel 2,18% dei casi, e il 2,41% aveva messo in atto almeno una volta nella vita un atto autolesivo (Liu, 2019).

Un ulteriore studio trasversale, che utilizza l'analisi retrospettiva del campione di riferimento dallo studio *Adolescent Brain Cognitive Development* (ABCD), ha cercato di valutare la prevalenza complessiva di ideazione suicidaria, tentativi di suicidio e autolesionismo non suicidario, nonché fattori familiari associati al suicidio e all'autolesionismo tra i bambini e i preadolescenti. Tale indagine multicentrica ha utilizzato una strategia di reclutamento scolastica epidemiologica, in considerazione della composizione demografica dei 21 siti ABCD e degli Stati Uniti nel loro complesso. Il campione comprendeva 11814 bambini dai 9 ai 10 anni (47,8% ragazze; 52,0% bianchi) e i loro caregiver. Ci sono prove, che suggeriscono che i fattori legati alla famiglia e alla relazione genitore-figlio siano associati allo sviluppo di autolesionismo non suicidario e che sebbene la NSSI non rientri strettamente nel continuum di suicidalità, la sua presenza è associata a un rischio considerevole di futuro suicidio. Pertanto, l'identificazione precoce dei bambini che si impegnano in NSSI, può migliorare gli sforzi di prevenzione del suicidio. Inoltre, la maggior parte delle segnalazioni di suicidio e autolesionismo da parte dei bambini erano sconosciute o non segnalate dai loro caregiver. Difatti, una mancanza di accordo con il caregiver è stata osservata in oltre il 75% dei bambini che hanno segnalato idee o comportamenti suicidari, indicando che la maggior parte dei genitori non era a conoscenza o non era in grado di riferire informazioni

riguardanti il suicidio del proprio figlio. L'elevata discordanza genitore-figlio è stata segnalata in una serie di altre variabili di salute mentale e si ritiene che sia associata a importanti implicazioni cliniche. Sebbene molti fattori che influenzano il rischio di suicidio di un bambino possono non essere necessariamente modificabili direttamente, il conflitto familiare e il monitoraggio dei genitori rappresentano gli obiettivi di intervento. L'adattamento dei programmi esistenti a monte, che mirano ad affrontare i conflitti familiari e migliorare il rapporto genitore-figlio, può essere un'area utile di indagine.

Interventi terapeutici per i giovani suicidi

Una recente revisione sistematica dell'efficacia dei trattamenti psicosociali per pensieri e comportamenti autolesionistici (SITB) nei giovani, ha esaminato RCT (*Randomised Controlled Trial*) pubblicati tra il 2015 e il 2019. Questa revisione includeva nove studi pubblicati dal 2015 e utilizzava i seguenti criteri di inclusione nello studio: interventi per giovani minori di 19 anni; dimensione del campione di 20 o più giovani; e criteri sviluppati appositamente per diminuire i SITB.

È stato utilizzato un sistema di classificazione a cinque livelli per determinare l'efficacia di ogni intervento psicosociale. La DBT-A (*Dialectical Behavior Therapy for Adolescent*) è stato l'unico intervento che ha dimostrato di avere efficacia in due RCT, pertanto è stato etichettato come trattamento consolidato. La DBT è un trattamento cognitivo comportamentale di terza ondata che si concentra sul potenziamento della regolazione delle emozioni, la tolleranza al disagio e la costruzione di una vita degna di essere vissuta. La DBT è stata confrontata con la terapia di supporto individuale e di gruppo IGST (Internationale Gesellschaft für die Systemische Therapie) per ridurre atti suicidari, NSSI e autolesionismo totale.

Un totale di 173 adolescenti, di età compresa tra 12 e 18 anni, con storie di atti suicidari, sono stati assegnati in modo casuale a DBT o IGST per un periodo di trattamento di 6 mesi e seguito per 1 anno. I risultati hanno indicato che la DBT-A era più efficace dell'IGST nel ridurre la ripetizione di atti suicidari, NSSI e autolesionismo totale dopo 6 mesi di trattamento, ma non c'erano differenze nei gruppi a 1 anno. È importante notare che il campione di studio era quasi interamente femminile (94,8%). Inoltre, la DBT-A è stata esaminata solo con giovani dai 12 anni in su.

La terapia cognitivo comportamentale integrata (I-CBT Cognitive Behavior Therapy) è una combinazione di CBT individuale, CBT familiare e formazione ai genitori. Questa terapia utilizza una componente motivazionale per favorire il cambiamento. Tale RCT ha indicato l'efficacia della I-CBT, ma un recente studio di replicazione (con modifiche basate sulla famiglia) ha riportato risultati contrari. L'RCT più recente è stato condotto su 147 giovani di età compresa tra 12 e 18 anni e sono state apportate modifiche all'intervento, che hanno incluso sessioni aggiuntive (specifiche per la regolazione delle emozioni, salute fisica, traumi e ansia); sessioni specifiche per sostanze di portata più ampia; e componenti genitoriali aggiuntive (specifiche per la cura di sé e il coaching emotivo). I risultati hanno evidenziato diminuzioni dei tassi di atti suicidari in entrambi i gruppi, ma

nessuna differenza significativa tra i gruppi di trattamento nei tassi di atti suicidari, disturbo depressivo maggiore, ideazione suicidaria o NSSI a 6, 12 o 18 mesi.

In un recente RCT, Asarnow e colleghi (2017) hanno esaminato l'efficacia dell'intervento di 12 settimane di *Safe Alternatives for Teens and Youths* (SAFETY) con 42 adolescenti (12-18 anni) che hanno avuto un'atto suicidario recente (ultimi 3 mesi) o un altro comportamento autolesionistico. SAFETY è un trattamento familiare cognitivo comportamentale, formato sulla DBT (per genitori e giovani), progettato con l'obiettivo di ridurre gli atti suicidari e rafforzare i sistemi di supporto protettivo.

I risultati hanno indicato che l'intervento SAFETY ha ridotto significativamente il rischio di atti suicidari ($d = 0,67$). Gli adolescenti nell'intervento SAFETY non hanno tentato il suicidio nel periodo di 3 mesi (il 27% dei giovani con altri trattamenti ha tentato il suicidio entro un periodo di 3 mesi), ma i risultati hanno indicato che la differenza tra i gruppi si è indebolita dopo la fine del trattamento. L'intervento SAFETY non ha avuto un effetto significativo sulla NSSI. Questi risultati supportano l'efficacia di SAFETY per prevenire le SA solo tra gli adolescenti che si presentano con autolesionismo recente. Inoltre, SAFETY non include i preadolescenti di età inferiore agli 11 anni. Studi futuri potrebbero trarre vantaggio da una maggiore potenza statistica.

Nuove tendenze e sviluppi: ruolo della tecnologia

Gli interventi integrati con la tecnologia si sono dimostrati promettenti nell'individuare i giovani a rischio e nel migliorare l'accessibilità al trattamento per interventi psicosociali efficaci. Attualmente, c'è un afflusso di idee relative a come la tecnologia possa essere integrata al meglio in potenziali approcci terapeutici per ridurre i SITB. Di interesse risulta l'utilizzo di un approccio personalizzato al fenomeno, come quello utilizzato da Kennard et al. (2018) che hanno sviluppato *As Safe as Possible* (ASAP), un intervento innovativo che abbina una pianificazione della sicurezza personale (della durata di 3 ore) e una sessione di regolazione delle emozioni con un'app telefonica, per adolescenti di età compresa tra 12 e 18 anni. ASAP include la pianificazione della sicurezza, la regolazione delle emozioni e le abilità affettive positive, fornite attraverso interviste motivazionali. L'app telefonica consente ai giovani di accedere a una revisione personalizzata del loro piano di sicurezza, strategie e abilità, insieme alla capacità di segnalare il loro umore quotidianamente. Ai giovani in difficoltà viene mostrato il loro piano di sicurezza e le informazioni di supporto in caso di crisi (ad esempio, persone di poter contattare). Sebbene la dimensione del campione dello studio ($N = 66$) fosse sottodimensionata per la rilevanza clinica degli esiti, l'intervento si è dimostrato fattibile e accessibile per i giovani ad alto rischio.

Hetrick e colleghi (2017) hanno condotto un RCT per un programma pilota di CBT online: "*Reframe-IT*", con l'obiettivo primario di ridurre i SITB e altri fattori di rischio correlati tra 50 adolescenti di età compresa tra 13 e 19 anni. *Reframe-IT* include una pagina web personalizzata per accedere al programma, otto moduli online forniti da diari video, una bacheca per interfacciarsi con un terapeuta ricercatore qualificato e schede informative. Nonostante l'assenza di differenze

significative nella riduzione dei sintomi tra i gruppi di intervento e di controllo (possibilmente correlata a un potere statistico limitato), gli adolescenti hanno completato la maggior parte dei moduli e hanno interagito con la piattaforma *Reframe-IT*. Un punto di forza dello studio è stato l'inclusione di giovani che hanno segnalato tutti i livelli di rischio di suicidio. Infine, l'applicazione mobile *Crisis Care* (Department of Human Services) è stata sperimentata anche con adolescenti a rischio di suicidio e con i loro genitori per fattibilità e accettabilità.

Bibliografia

- Andover, M. S. & Morris B. W. (2014). Expanding and Clarifying the Role of Emotion Regulation in Nonsuicidal Self-Injury, *The Canadian Journal of Psychiatry*
- Brunetto, C. (2021). Ragazzi soli con uno schermo l'ultimo pericolo del lockdown, in *La Repubblica* ed. Palermo, pag. 1, 29/01/2021
- Castagneri, L. (2021). Tra scuola e videogiochi troppe ore al computer. E' allarme dipendenza, in *Corriere della Sera* ed. Torino, pag. 1, 29/01/2021
- Doctors, S (1981), The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: a developmental view, *Adolescent Psychiatry*
- Dyson, M. P., Hartling, L., Shulhan, J., Chisholm, A., Milne, A. & Sundar S. P. S. (2016). A Systematic Review of Social Media Use to Discuss and View Deliberate Self-Harm Acts, *Newton* Published: May 18, 2016 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155813>
- Ferreira Deslandes & S., Couthinho, T. (2020). The intensive use of the internet by children and adolescents in the context of COVID-19 and the risks for self-inflicted violence, *SciELO Analytics, Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 25 supl. 1, Rio de Janeiro
- Iob, E., Steptoe, A. & Fancourt, D., (2020). Abuse, self-harm and suicidal ideation in the UK during the COVID-19 pandemic, *The British Journal of Psychiatry*, 217, 543-546. doi:10.1192
- John, A., Okolie, Eyles, Webb, C. E. R. T., Schmidt, L., McGuinness, L. A., Olorisade, B.K., Arensman, E., Hawton, Kapur, Moran, O'Connor K. N. P. R. C., O'NeilS, Higgins, J.P.T. & Gunnell, D. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: a living systematic review, *F1000 Research*, 9:1097, 11/01/2021
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know, *The Canadian Journal of Psychiatry*
- Loroni L. (2021), Covid-19: Le conseguenze di oggi e domani sui bambini e le famiglie, in *Corriere di Romagna*, 29/11/2021, Pag. 27, Ed. Forlì
- Marchetti F., (2021), L'impatto della pandemia Covid-19 sulla salute globale dei bambini, *Medico e Bambino*, pag. 17, vol. 10, 31/12/2020, www.medicoebambino.com
- Morandotti L., (2021), Generazione TikTok: tutti i rischi per gli adolescenti, in *Corriere di Como*, 28/01/2021, Pag. 4
- Scarafia S., (2021), Dipendenze e tentati suicidi Il mal di vivere dei bambini, in *La Repubblica* Ed. Palermo, 28/01/2021, pag. 1
- WittK. G., HawtonK., HetrickS. E., SalisburyT. L. T., TownsendE., Hazell, P. (2020), Interventions for self-harm in children and adolescents, *Cochrane Database and Systematic Reviews* 2020, University of Auckland Research Repository, ResearchSpace, Issue 7. Art.No: CD013667
- http://www.salutedomani.com/article/minori_suicidi_e_autolesionismo_campanello_allarme_cambiamenti_i_mprovvisi_30883

<https://www.stateofmind.it/2020/12/social-media-suicidalita/>

Deslandes S.F. , Coutinho T. , (2020) The intensive use of the internet by children and adolescents in the context of COVID-19 and the risks for self-inflicted violence, *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl. 1):2479-2486

ALMENO PRIMO NOME, Psicologa, Roma

**Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Perdighe e
Procacci**

e-mail: marzia.alb@icloud.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

Il *teacher training* in presenza e a distanza nei bambini con disturbo dello spettro autistico

Sabrina Scala¹, Silvia Rossi¹, Federica Funari², Veronica Mollica², Maria Grazia Totino^{1,2},
Antonella Mattei^{1,2}, Valentina Carone¹, Christian Veronesi¹

¹Psicologo e Psicoterapeuta – Centro Ricerca e Cura di Roma (CRC)

²Psicologa e Analista del Comportamento – Centro Ricerca e Cura di Roma (CRC)

Riassunto

Il presente contributo descrive l'attuazione di un intervento di Teacher Training volto a favorire l'utilizzo di strategie evidence based per studenti con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

L'esperienza descritta si riferisce, in particolare, ai periodi di lockdown, durante l'emergenza COVID-19, in cui è stato necessario approntare un nuovo modo di proporre la didattica e si è passati da incontri psicoeducativi svolti in presenza a incontri di Teacher Training svolti a distanza.

Lo studio ha coinvolto un gruppo di insegnanti delle scuole dell'infanzia e primarie di Roma, nelle cui classi è presente un bambino con disturbo dello spettro autistico afferente al Polo Autismo del CRC di Roma.

L'intervento psicoeducativo proposto si basa sui principi e sulle teorie appartenenti ad un approccio cognitivo-comportamentale (Schopler et al., 1991; Foxx, 1995; Micheli, 1999) e ad un approccio evolutivo (Dawson et al., 2010).

Con un lavoro sinergico tra insegnante, genitore e clinico e l'ausilio di strumenti tecnologici, ci si è posti l'obiettivo di riadattare la metodologia clinica e didattica per il bambino con disabilità, superando i limiti della distanza.

Parole Chiavi: Autismo, Teacher Training, CBT, Covid-19, scuola dell'infanzia, scuola primaria, inclusione scolastica.

Teacher training in presence and distance learning for children with autism spectrum disorder

Summary

This contribution describes the implementation of a Teacher Training intervention aimed to encouraging the use of evidence based strategies for students with Autism Spectrum Disorder (ASD).

The experience illustrated particularly refers to the lockdown period, during the COVID-19 emergency, in which it was necessary to prepare a new way of offering teaching and move from psychoeducational meetings carried out in presence of teachers to a training carried out remotely.

The study involved a group of teachers from nursery and primary schools in Rome, where a child with autism spectrum disorder belonging to the Autism Center of the CRC in Rome is present in their classrooms.

Sabrina Scala et al., *Il teacher training in presenza e a distanza nei bambini con disturbo dello spettro autistico*, N. 28, 2016, pp. 28-50.

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

The proposed psychoeducational intervention is based on the principles and theories belonging to a cognitive-behavioral approach (Schopler et al., 1991; Foxx, 1995; Micheli, 1999) and to an evolutionary approach (Dawson et al., 2010).

With a synergical work between teacher, parent and clinician and the support of technological tools, we have set ourselves the goal of restructuring the clinical and teaching methodology for children with disabilities, overcoming the limits of distance. *Key words:* Humiliation, Psychopathology, EMDR, Imagery With Rescripting.

Key words: Autism, Teacher Training, CBT, Covid-19, kindergarten, primary school, school inclusion

Introduzione

Il Disturbo dello Spettro Autistico (*Autism Spectrum Disorder – ASD*) è un disturbo del neurosviluppo a insorgenza precoce, caratterizzato da compromissioni nell'area dell'interazione sociale reciproca e della comunicazione verbale e non verbale, in presenza di un repertorio di comportamenti, attività e interessi ripetitivi e stereotipati (APA, 2014).

Allo stato attuale, l'origine dei disturbi dello spettro autistico è ritenuta di tipo multifattoriale e gli interventi multidisciplinari sono valutati come i più efficaci e rispettosi per la cura della persona nella sua interezza. Il percorso riabilitativo deve fondarsi su obiettivi “funzionali” (comunicazione, abilità relazionali e sociali, autonomie) condivisi, verificati ed aggiornati nel tempo, atti a favorire l'adattamento del soggetto all'ambiente, secondo parametri di salute e benessere individuale (ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*).

La metodologia di lavoro adottata dal Polo Autismo del CRC di Roma è in linea con quanto ribadito dalle Linee Guida emesse dall'Istituto Superiore di Sanità (2012) per “Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti” che prevedono l'importanza di:

- multidisciplinarietà e promozione di un lavoro integrato all'interno del gruppo di operatori coinvolti nella cura e assistenza ai soggetti con disturbi dello spettro autistico e alle loro famiglie
- formazione specifica rivolta agli operatori
- promozione del lavoro di rete tra le varie agenzie e istituzioni coinvolte nella gestione del disturbo
- flessibilità del servizio nell'operare in luoghi e contesti diversi (casa, scuola, eccetera).

Nell'ottica di un intervento efficace, il contesto scolastico, oltre quello domiciliare, è un luogo privilegiato di apprendimento di abilità, e gli insegnanti, dunque, giocano un ruolo fondamentale nel processo di acquisizione di competenze da parte del bambino con autismo.

La scuola è chiamata a rispondere a una sempre più crescente varietà di bisogni espressi, anche considerato l'aumento di studenti con disabilità e bisogni educativi speciali all'interno del contesto di istruzione. I sintomi e le caratteristiche dell'autismo sono vari, pertanto c'è bisogno di insegnanti che siano abili e competenti per soddisfare pienamente le necessità di questi bambini nel processo di apprendimento.

Uno studio di Morrier e colleghi (2011) ha mostrato come nonostante l'aumento dei casi di autismo nelle classi, gli insegnanti non utilizzino strategie *evidence based*, in quanto spesso acquisiscono conoscenze e implementano tecniche apprese con l'esperienza, per prove ed errori, da autodidatti o attraverso l'aiuto dei genitori.

Specifiche tecniche di insegnamento utilizzate con bambini con ASD, come il *pivotal response training*, l'insegnamento incidentale, la comunicazione aumentativa alternativa, hanno dimostrato di essere efficaci nel favorire l'apprendimento (Stahmer et al., 2005). Purtroppo, anche Hess e colleghi (2008) hanno osservato che gli insegnanti utilizzino raramente strategie basate sull'evidenza scientifica con bambini con autismo.

Inoltre, studi dimostrano che bambini con ASD tendono ad associare l'apprendimento a una situazione o a una persona, rendendo indispensabile la progettazione di programmi di generalizzazione e mantenimento delle acquisizioni (Schopler e Mesibov, 1995). La formazione degli insegnanti, dunque, risulta essere indispensabile per l'efficacia dell'intervento e senza una guida adeguata, è difficile immaginare una generalizzazione degli apprendimenti già sperimentati in contesti più ambulatoriali (Güleç-Aslan et al., 2009).

Sulle basi concettuali appena espresse, gli obiettivi del presente lavoro riguardano:

1. l'illustrazione dei principi più salienti dell'intervento di *Teacher Training*, la sua utilità ed importanza per la generalizzazione e l'efficacia dell'intervento terapeutico.
2. la presentazione di un progetto iniziato a settembre 2019 con alcune insegnanti delle scuole dell'infanzia e primarie di Roma e il cambiamento che tale progetto ha dovuto subire nell'ottica di una pandemia globale e della conseguente interruzione della didattica in presenza.

Lo studio proposto si basa su un lavoro di tipo interdisciplinare, frutto di una collaborazione tra le diverse figure scolastiche, la famiglia e gli operatori del CRC che si occupano dello sviluppo del bambino con diagnosi di autismo.

Il progetto mira a fornire delle modalità di intervento efficaci, che superano il limite della distanza, un limite imposto così bruscamente dalla pandemia.

Sebbene alcuni studi abbiano messo in guardia contro il solo affidamento delle terapie da remoto (Kanne e Bishop, 2020), ci sono prove preliminari che la formazione all'intervento mediato dai genitori fornita a distanza può migliorare la loro conoscenza, aumentare la fedeltà all'intervento e migliorare il comportamento sociale e le capacità di comunicazione per i bambini con autismo (Parsons et al., 2017).

Sappiamo, grazie ad alcune ricerche, che l'uso dei servizi di telemedicina può essere efficace per l'intervento, utilizzando la tecnologia per fornire consulenze, interventi, diagnosi, formazione e istruzione. La ricerca indica che la fornitura di servizi di formazione e terapia basati sulla tecnologia è preziosa quanto il tradizionale trattamento diretto, consentendo alle famiglie di ottenere sostegno dalle loro abitazioni e aiutandole a migliorare la loro qualità di vita (Ferguson et al., 2019, Antezana et al., 2017; Ingersoll et al., 2017).

Il progetto: Il Teacher Training nei Disturbi dello Spettro Autistico

La scuola ha la responsabilità di promuovere una didattica inclusiva e creare ambienti di apprendimento declinati sui bisogni educativi e formativi di tutti gli alunni per la realizzazione del diritto di istruzione e apprendimento, previsto dalla Legge n. 104/1992.

L'intervento di *Teacher Training* promuove la condivisione di informazioni psicoeducative appartenenti ad un orientamento cognitivo-comportamentale e offre la possibilità di fornire a insegnanti ed educatori un sostegno nel guidare il soggetto con autismo nel suo percorso di apprendimento all'interno del contesto scolastico.

Spesso i bambini con ASD presentano abilità molto diverse dai coetanei presenti in classe, per cui per gli insegnanti può essere molto difficile sviluppare un programma di attività di insegnamento adeguato. La consulenza dello specialista permette di condividere i risultati delle valutazioni diagnostiche e funzionali svolte nel contesto sanitario e, in base a questi, accompagnare la scuola a pianificare una sequenza di attività adeguata alle necessità di sviluppo del singolo studente. La condivisione del livello cognitivo del bambino, individuato mediante la somministrazione delle scale Wechsler o Leiter, e del profilo di funzionamento, individuato attraverso la somministrazione delle prove del VB Mapp, ha specificatamente guidato la formulazione dei programmi didattici, fornendo una scala di priorità non sempre scontata.

Il Verbal Behavior Milestones Assessment and Placement Program (VB-MAPP) (Sundberg, 2019) valuta lo sviluppo del linguaggio e delle abilità sociali in bambini da 0 a 48 mesi di età, con Disturbo dello Spettro Autistico o Disturbo Generalizzato dello Sviluppo. Si focalizza sull'assessment dei prerequisiti linguistici fondamentali per lo sviluppo del comportamento verbale, secondo la classificazione di B.F. Skinner (2008).

In base ai dati raccolti, il VB-MAPP ha permesso la programmazione e la stesura di un piano terapeutico personalizzato, realizzato a partire dai punti di forza e di debolezza dimostrati dal bambino, identificando il livello base delle sue abilità e confrontandolo con il livello dei suoi coetanei a sviluppo tipico. È stato possibile in questo modo ottenere una guida in termini di:

- individuazione delle abilità che costruiscono il focus dell'intervento;
- definizione del livello di abilità da cui partire;
- individuazione degli ostacoli all'apprendimento e all'acquisizione del linguaggio;
- eventuale introduzione di strumenti di comunicazione aumentativa;
- definizione delle strategie di insegnamento più efficaci;
- strutturazione dell'ambiente educativo più adatto ai bisogni del bambino.

Questo strumento individua delle *milestones* nello sviluppo, la cui acquisizione permette il passaggio ai livelli più elevati.

La presenza dello psicologo a scuola e la possibilità di un intervento di *Teacher Training* a distanza hanno permesso di favorire una generalizzazione delle competenze richieste nei diversi livelli del VB-Mapp al contesto scuola.

In questo senso, per i bambini che non avevano superato le prove del primo livello del VB-Mapp, sono state proposte attività volte allo sviluppo delle prime abilità comunicative (imitazione di suoni, vocalizzazioni semplici o scambio di immagini per fare richieste, risposta a semplici istruzioni, individuazione di oggetti e semplici denominazioni).

Differentemente, per i bambini che avevano acquisito le abilità degli ultimi livelli, si sono individuate delle attività volte allo sviluppo delle abilità sociali, della conversazione e dei prerequisiti didattici.

A partire da settembre 2016, il Centro di Riabilitazione CRC di Roma ha avviato questo intervento psicoeducativo per il trattamento precoce di minori con Disturbo dello Spettro Autistico.

L'esperienza descritta nel presente studio si riferisce, in particolare, al periodo che va da settembre 2019 ad oggi, anni in cui, a causa dell'emergenza sanitaria COVID-19, si è dovuto rivedere un nuovo modo di proporre la formazione degli insegnanti.

In un contesto tradizionale, prima della pandemia, lo psicologo responsabile del *Teacher Training* si è recato nella scuola frequentata dal bambino con autismo, una volta a settimana, effettuando incontri della durata di 90 minuti. L'intervento veniva strutturato attraverso un'osservazione diretta del bambino e dell'insegnante e le modalità e le procedure operative consistevano in:

- Incontri di formazione per fornire linee guida essenziali sui disturbi dello spettro autistico e concrete strategie di intervento di tipo cognitivo comportamentali.
- Individuazione del focus attentivo degli interessi del bambino al fine di creare una relazione.
- Strutturazione degli spazi scolastici, al fine di favorire l'inserimento del bambino nell'ambiente. Gli spazi frequentati dall'alunno sono stati, per lui, visivamente definiti attraverso oggetti, foto, immagini, ecc. per permettergli sia di orientarsi e spostarsi in autonomia nel contesto scolastico, sia di capire dove svolgere il compito assegnato.
- Strutturazione del tempo. È stata predisposta un'agenda giornaliera personalizzata, costituita o da una sequenza di oggetti tridimensionali o di immagini o di parole scritte, ecc. ordinati dall'alto verso il basso, scelti in base al livello di comprensione del bambino.
- Strutturazione delle relazioni sociali. La relazione con i pari è stata progettata e declinata con obiettivi specifici nel Piano Educativo Individualizzato (P.E.I) e inserita come routine nel programma settimanale della classe.
- Strutturazione dei materiali e delle attività educative e didattiche. Sono stati proposti compiti e attività auto esplicativi, cioè comprensibili all'alunno in autonomia e accompagnati o da facilitatori visivi o da prompt fisici, gestuali e verbali, inizialmente, elargiti frequentemente e poi sfumati nel tempo.

- Individuazione dei rinforzi necessari per promuovere il raggiungimento degli obiettivi. All'utilizzo di rinforzi primari si accompagnavano sempre quelli sociali con l'obiettivo di prediligere e sostituire i secondi ai primi e nel tempo stimolare la motivazione intrinseca al compito.
- Analisi funzionale di eventuali comportamenti problematici.
- Condivisione degli obiettivi funzionali su cui lavorare.

Sono stati attuati, quindi, i principi di base dell'educazione strutturata (Schopler et al., 1991). La strutturazione attuata nel contesto scolastico ha permesso di sfruttare i punti di forza che spesso si ritrovano nei soggetti con disturbo dello spettro autistico, in quanto la ripetitività della struttura, la buona memoria meccanica e le buone capacità visuoperceptive favoriscono la comprensione del significato socialmente condiviso delle attività richieste.

Il progetto proposto è stato individualizzato e personalizzato in base alle caratteristiche di ogni singolo bambino con autismo.

Per bambini con diagnosi ASD di livello 1, spesso è stato necessario solo un adattamento delle attività del resto della classe, sul piano didattico, assieme ad una specifica proposta di attività per sviluppare le competenze relazionali, implementando giochi strutturati in gruppo, esplicitando graficamente le regole di comportamento e favorendo lo scambio e la collaborazione con i coetanei, nell'ottica di favorire lo sviluppo dell'intelligenza emotiva e della teoria della mente. Giochi come "lo specchio", in cui il bambino con ASD a turno con i compagni imita e chiede di imitare comportamenti motori o giochi come "facciamo finta di" in cui ci si mette nei panni dell'altro, sono esempi di proposte fatte per lavorare su competenze di tipo relazionale e sviluppare l'intelligenza emotiva.

In questi casi è stato utile supportare le conoscenze relative all'utilizzo delle contingenze di rinforzo spesso adottate su tutto il gruppo classe; l'uso di strumenti quali la token economy, l'agenda visiva sulle attività di piccolo gruppo o l'utilizzo della richiesta specifica da formulare nei confronti dei pari.

Nel caso di bambini con diagnosi di livello 2 e 3, il supporto alle insegnanti è stato maggiore, essendo richiesta una programmazione incentrata sulla gestione del comportamento, a volte molto problematico, sull'aumento della flessibilità e delle competenze comunicative.

In questi casi è stato spesso necessario un *training* specifico per insegnare il modo più efficace di lavorare con gli alunni con difficoltà.

Lo sviluppo di un *training* efficace per le insegnanti si è mostrato importante sia al fine di implementare le procedure comportamentali, che per dare un alto livello di responsabilità nell'educazione degli alunni con più difficoltà. In questi casi sono stati utilizzati strumenti di analisi del compito (task analysis), insegnamenti per prove discrete (*discrete trial training*) e prese dati sui comportamenti disadattivi al fine di individuarne la funzione. Procedure di insegnamento

evidence-based per insegnare ai bambini con autismo comportamenti adattivi, includendo in questi tutte abilità spendibili nella loro vita.

Il *Teacher Training* proposto si configura, quindi, come processo terapeutico psicoeducativo, di tipo informativo e formativo, e risulta essere una parte essenziale dell'intervento nei bambini con ASD per condurre l'alunno verso il raggiungimento di obiettivi didattici, relazionali e psicopedagogici all'interno del contesto classe.

Emergenza Covid-19: Il Teacher Training a distanza

La diffusione dei contagi legati alla pandemia COVID-19 ha comportato progressive restrizioni nella maggior parte dell'Europa, a partire dall'Italia, il cui Governo ha decretato un *lockdown* nazionale il 9 marzo 2020.

I servizi sanitari nazionali si sono trovati davanti a una grande sfida: ristrutturare velocemente le loro proposte di cura, per venire incontro a una emergenza che rischiava di creare una reazione a catena di aumento delle situazioni critiche, in termini di malessere dei piccoli pazienti e di stress genitoriale.

È indubbio come il coronavirus abbia impattato bruscamente e inaspettatamente sulla quotidianità individuale e collettiva della popolazione mondiale. Sorvolando sulle gravi conseguenze socio-economiche e focalizzandoci su quelle psicosociali, per la disabilità, popolazione già fragile e necessitante di supporto, l'interruzione improvvisa dei rapporti umani, l'alterazione delle routine e delle abitudini e il ridotto accesso ai servizi ha creato numerosi disagi, ai pazienti stessi e alle loro famiglie, che si sono trovati a affrontare per mesi una frustrante condizione di incertezza.

In seguito all'emergenza Covid-19, con il decreto del 4 marzo 2020, si è andati incontro a una sospensione della didattica; ciò ha richiesto una tempestiva ristrutturazione della metodologia di insegnamento, avendo anche riguardo delle specifiche esigenze di bambini con disabilità.

La sospensione dell'attività didattica e il periodo di *lockdown* ha richiesto anche una riorganizzazione dell'intervento di *Teacher Training*, svolto fino ad allora recandosi nelle scuole.

Gli incontri hanno mantenuto la stessa durata e frequenza di quelli svolti in presenza. Nella modalità da remoto, però, anche se i contatti con gli insegnanti avvenivano una volta a settimana per 90 minuti, spesso si è ricorso anche a brevi contatti telefonici (chiamate o messaggi) soprattutto per visionare il materiale da proporre o la videoregistrazione fatta al bambino durante la videolezione.

Sono diverse le modalità degli incontri da remoto proposte e svolte con i docenti. A seconda del funzionamento del bambino, della disponibilità e collaborazione della famiglia, dei consensi forniti dall'Istituto scolastico, sono stati attuati: corsi di formazione, colloqui telefonici, videochiamate, incontri di videofeedback, invio e strutturazione del materiale e lavoro in diretta con l'insegnante, bambino e genitore.

Con la riorganizzazione degli incontri psicoeducativi abbiamo mantenuto le procedure operative del *Teacher Training* svolto in presenza, adattandole alla modalità a distanza:

- Con il coinvolgimento delle famiglie è stato possibile strutturare lo spazio, adibendo una specifica area della casa agli incontri con le insegnanti. È stato individuato un luogo in cui non fossero presenti troppi distrattori (es. televisione, smartphone, giocattoli) e, quando possibile, è stato inserito un piccolo tavolo per lo svolgimento delle attività proposte.
- È stato strutturato il tempo, inserendo delle agende visive della giornata del bambino (McClannahan e Krantz, 1999). Il numero di attività proposte è stato adattato alle abilità del bambino. Le immagini dello schema di lavoro sono state proposte o sul power point o, dove possibile, sono state stampate dalla famiglia e posizionate sul tavolo di lavoro.
- Sono state strutturate le attività e sono stati inseriti rinforzi tangibili (per alcuni bambini spesso esclusivi e quindi ottenuti solo durante i collegamenti con le insegnanti) o rinforzi sociali. Inizialmente non sono stati inseriti nuovi obiettivi e sono state proposte attività che richiedevano abilità già possedute dal bambino. È stato implementato il sistema basato su token per i bambini che lo utilizzavano già prima del *lockdown*.
- Sono state strutturate le modalità di relazione sociale per i bambini con autismo a medio ed alto funzionamento. Attraverso un'esposizione graduale al numero di persone presenti durante la video lezione, è stato possibile inserire alcuni bambini con ASD nei collegamenti in piccoli gruppi organizzati dagli insegnanti. Per gli alunni con disturbo dello spettro autistico è risultato efficace iniziare il percorso strutturato di scambio relazionale con attività ludiche o didattiche gradite e già sperimentate con la guida dell'insegnante. Le stesse attività sono state poi proposte coinvolgendo prima il compagno preferito e, successivamente, tutti gli altri con turnazione. In pratica, da una relazione duale facilitante con l'adulto è stata ampliata gradualmente la tipologia dei contesti interattivi, le attività da condividere e la numerosità di compagni con i quali interagire. In questo modo è stato possibile portare il bambino con ASD a collegarsi insieme ai piccoli gruppi creati settimanalmente dagli insegnanti.

Materiali e metodi

Strumenti: il questionario di Gradimento

Al fine di indagare il gradimento generale dell'intervento di *Teacher Training* svolto in presenza e da remoto, è stato redatto un questionario online somministrato agli insegnanti coinvolti, in forma anonima.

Il questionario è stato suddiviso in cinque aree principali, per un totale di 61 domande.

I primi item hanno acquisito informazioni rispetto al campione target: da chi è stato compilato il questionario, l'età del soggetto, gli anni complessivi di insegnamento, se il soggetto possiede una certificazione di abilitazione al sostegno, la forma giuridica, l'ordine e il grado della scuola in cui si esercita, il numero complessivo dell'equipe didattica e come si articola, il numero effettivo dei collaboratori che sono stati coinvolti nell'intervento di *Teacher Training* rapportandosi in modo costante con lo psicologo.

La seconda area di indagine ha riguardato il livello di gradimento generale associato all'intervento e si è scelto di classificare le risposte attraverso una Scala *Likert* a cinque livelli, fornendo agli insegnanti la possibilità di valutare uno specifico item come “*per nulla*”, “*poco*”, “*sufficiente*”, “*molto*” o “*oltre le mie aspettative*”. Gli item analizzati fanno riferimento alla qualità degli incontri avuti con lo psicologo rispetto alle necessità dell'insegnante, l'adeguatezza dell'impegno dimostrato nell'organizzazione dell'intervento (in termini di materiale, tempo investito, programmazione etc.), l'acquisizione di nuovi strumenti e consapevolezze professionali, la qualità della durata e della frequenza di intervento proposta, l'adeguatezza del materiale suggerito (didattico, illustrativo, strumentale) dallo psicologo, l'importanza di avvalersi di una figura professionale esterna alla scuola, il grado di utilità dell'intervento nella gestione di situazioni critiche, la soddisfazione rispetto alle aspettative e ai bisogni dell'insegnante, il grado di efficacia percepito rispetto alla tipologia di intervento da remoto (colloquio telefonico, colloquio tramite videochiamata, osservazione diretta del lavoro svolto con il bambino in videochiamata, utilizzo del *videofeedback*, corso di formazione).

La terza area del questionario ha indagato il livello di gradimento associato all'intervento di *Teacher Training* rispetto a obiettivi specifici: una migliore organizzazione della giornata del bambino durante l'orario scolastico, un miglior supporto garantito alle figure educative, una migliore gestione dei comportamenti problematici del bambino, una migliore strutturazione del setting, un maggior sviluppo delle autonomie del bambino, un maggior sviluppo delle abilità cognitive del bambino, un maggior sviluppo delle abilità motorie del bambino, un maggiore sviluppo delle abilità linguistiche e comunicative del bambino, un maggior sviluppo delle abilità didattiche specifiche.

La quarta area ha analizzato il livello di comfort generale percepito dalle insegnanti durante l'intervento, attraverso i seguenti costrutti: il livello di agio percepito dalle insegnanti durante gli incontri, la congruenza delle risorse investite al fine di partecipare in modalità attiva all'intervento, il livello di consapevolezza e sicurezza acquisita nel supportare il bambino.

A differenza delle sopracitate, l'ultima area ha indagato esclusivamente l'intervento di *Teacher Training* a distanza. Si sono analizzati la quantità di tempo impiegato dall'insegnante nella preparazione di materiali e attività per la didattica a distanza, se il *Teacher Training* a distanza abbia permesso un maggiore scambio comunicativo tra insegnanti e psicologo, una maggiore espansione delle opportunità di apprendimento per l'insegnante, una maggiore formazione

dell'insegnante, un maggior supporto all'esercizio della professione di insegnante, un maggior tempo a disposizione per il confronto con lo psicologo, quali tra le tipologie di intervento a distanza possibili si è più usufruito e quali tra queste si vorrebbe mantenere anche nell'intervento in presenza.

Erano inoltre presenti nel questionario spazi in cui le insegnanti hanno potuto aggiungere commenti personali, eventuali suggerimenti o specificazioni rispetto alle domande presentate.

Partecipanti

Il questionario è stato somministrato a 26 insegnanti di diverse scuole appartenenti al IX Municipio e all'VIII Municipio della città di Roma, che hanno aderito, a partire dall'anno 2016, a un progetto di *Teacher Training* promosso dal Centro di Riabilitazione CRC, e implementato dagli psicologi del centro.

I nostri maggiori collaboratori sono gli insegnanti di sostegno, rappresentativi del 52% dell'intero campione, il 28% è rappresentato dagli insegnanti di classe e la restante parte da OEPA e assistenti alla CAA. Molti dei partecipanti all'indagine (46,2%) si collocano in un range di età che supera i 45 anni, mentre il personale più giovane (meno di 30 anni) corrisponde al solo 7,7% del campione.

Relativamente all'esperienza lavorativa, la maggior parte del personale scolastico si colloca nel range 5-10 anni di insegnamento complessivo. Solo il 7,7% dichiara di avere meno di cinque anni di esperienza, condizione che probabilmente si associa al personale più giovane.

Molti dei partecipanti all'indagine (57,7%) lavorano in una scuola pubblica statale ed in particolare nella scuola dell'infanzia (88,5%).

I risultati

Di seguito vengono riportati i principali risultati emersi nel questionario di gradimento, confrontando le risposte fornite al *Teacher Training* (TT) svolto in presenza e quelle dell'intervento svolto da remoto.

Sono state applicate due differenti analisi, una descrittiva, volta a descrivere gli eventuali cambiamenti rilevati tra il *Teacher Training* in presenza e il *Teacher Training* da remoto, e una statistica, relativa ad individuare differenze significative tra le due modalità. Le differenze tra i due tipi di interventi sono state analizzate attraverso un test statistico (test t di Student).

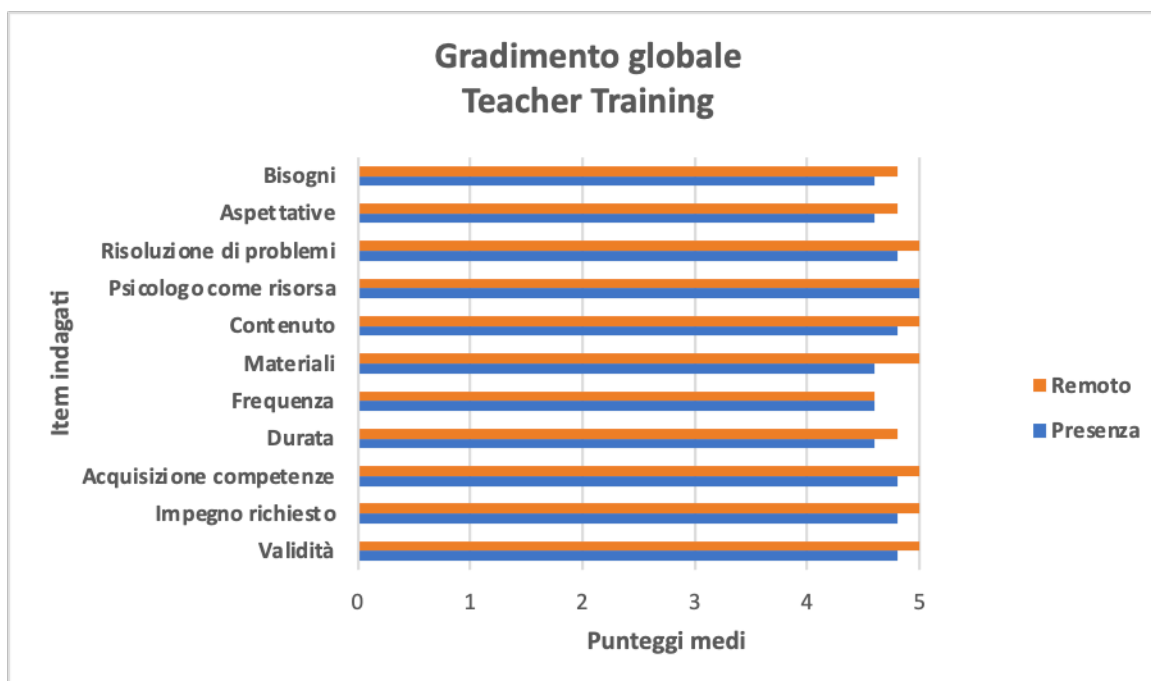


Figura 1: Rappresentazione grafica dei punteggi forniti dagli insegnanti sul gradimento globale per il TT in presenza e il TT a distanza

Se poniamo $p < 0,05$ come livello di significatività richiesto, è possibile osservare nella figura 1 che non sono emerse differenze significative tra le due modalità proposte per nessuna area indagata.

Da un punto di vista descrittivo, si può osservare nel grafico come molti item sul gradimento globale abbiano ottenuto punteggi superiori nel *Teacher Training* svolto a distanza. Molti insegnanti hanno infatti dato un punteggio più elevato alle domande presenti in quest'area, in quanto la modalità svolta da remoto ha permesso di scoprire come la tecnologia possa essere efficace "oltre le proprie aspettative".

Nella figura 2 e nella figura 3 viene evidenziato come gli utenti che hanno valutato "poco" adeguata la frequenza e la durata dell'intervento in presenza, si dichiarano a favore di un incremento della durata e della frequenza, riportando frasi come "Potrebbe essere utile almeno un intervento di 2 volte a settimana" o "Sarebbe molto utile, qualora possibile, che l'intervento fosse più frequente".

Giudica in modo appropriato la frequenza dell'intervento di Teacher training?

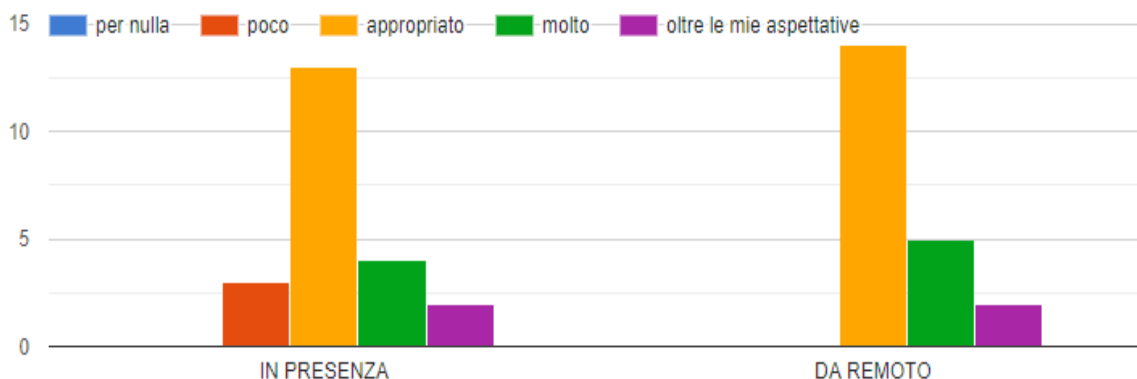


Figura 2: Rappresentazione grafica del giudizio degli insegnanti rispetto alla frequenza del TT in presenza e a distanza

Giudica in modo appropriato la durata complessiva dell'intervento di Teacher training?

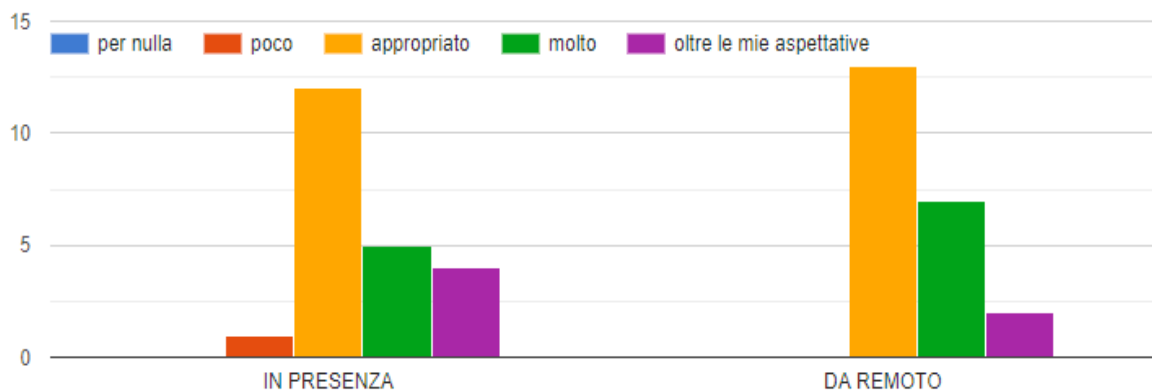


Figura 3: Rappresentazione grafica del giudizio degli insegnanti rispetto alla durata del TT in presenza e a distanza

Rispetto all'area volta a misurare il raggiungimento di obiettivi specifici sia negli incontri in presenza che in quelli da remoto, non sono emerse differenze significative tra le due modalità di *Teacher Training* (figura 4).

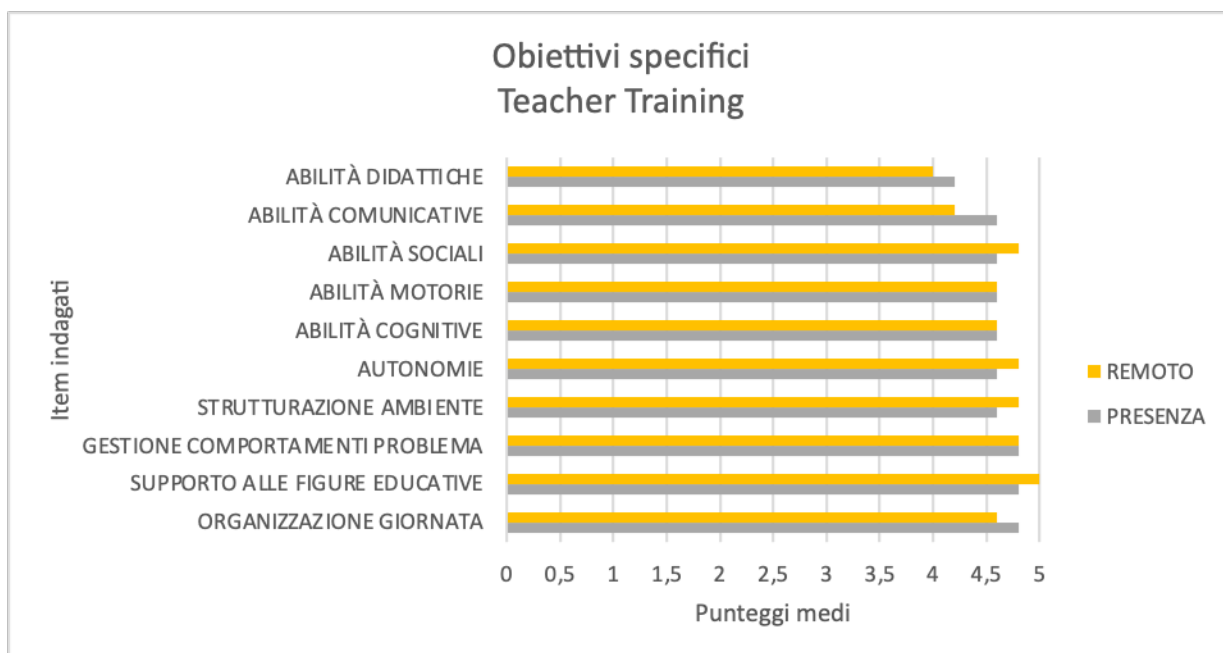


Figura 4: Confronto dei punteggi medi ottenuti agli item sul raggiungimento degli obiettivi specifici nel TT in presenza e nel TT a distanza.

Le insegnanti si dichiarano in media "molto soddisfatte", definendo sia l'intervento in presenza che l'intervento a distanza efficaci nel raggiungimento dei diversi obiettivi prefissati.

In particolare, abbiamo analizzato nello specifico il cambiamento che gli insegnanti hanno percepito rispetto alle abilità sociali e comunicative, che sono aree maggiormente inficiate nei bambini con disturbo dello spettro autistico. Nelle figure 5 e 6, si può osservare come anche in queste abilità, è stato percepito un miglioramento in entrambe le modalità di *Teacher Training*.

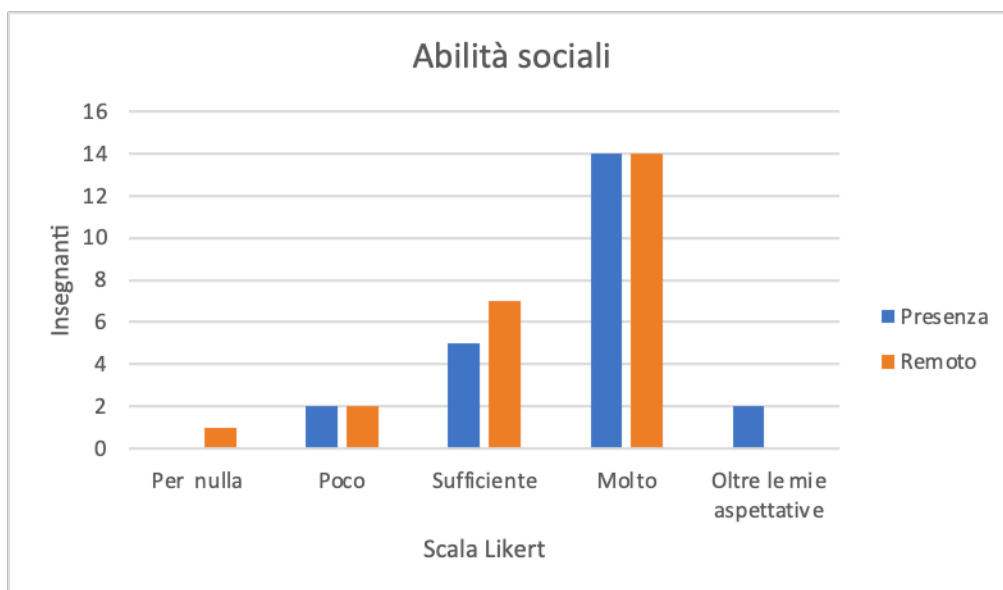


Figura 5: Rappresentazione grafica del giudizio degli insegnanti rispetto al lavoro svolto sulle abilità sociali nel TT in presenza e nel TT a distanza.

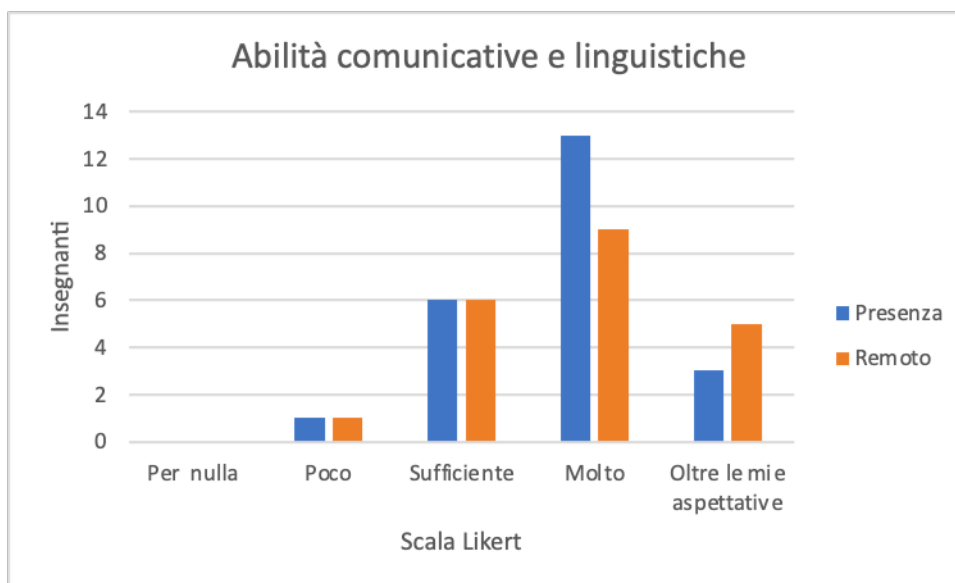


Figura 6: Rappresentazione grafica del giudizio degli insegnanti rispetto al lavoro svolto sulle abilità comunicative e linguistiche nel TT in presenza e nel TT a distanza

Anche rispetto al comfort percepito dalle insegnanti durante gli incontri di *Teacher Training*, non sono emerse differenze significative tra la modalità in presenza e quella a distanza. Da un punto di vista più qualitativo, nella figura 7 si può notare come rispetto alla percezione di comfort relativa

agli incontri con lo psicologo, l'intervento a distanza ha raggiunto risultati leggermente maggiori, aiutando le insegnanti a sentirsi più consapevoli nello svolgimento del loro ruolo.

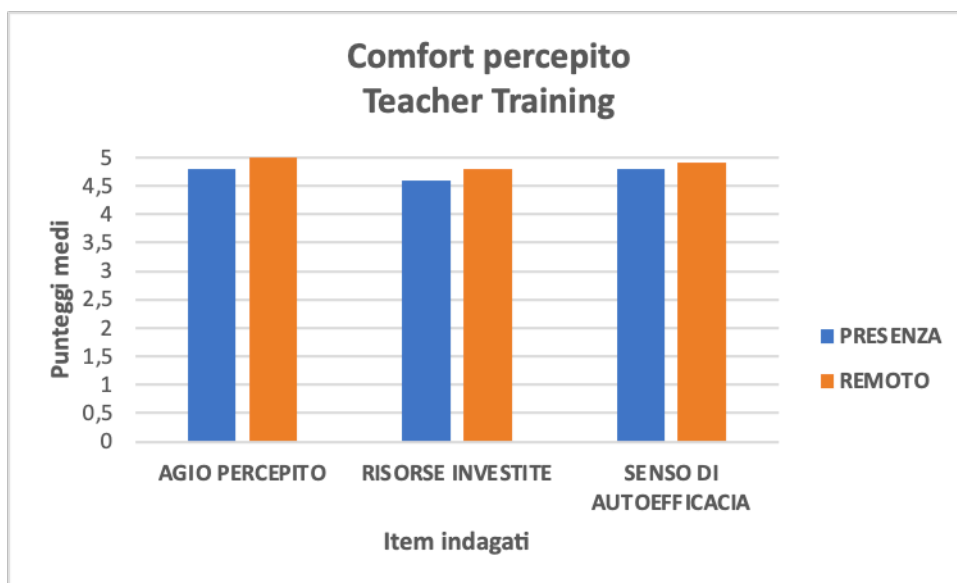


Figura 7: Confronto dei punteggi medi ottenuti agli item sul comfort percepito dagli insegnanti nel TT in presenza e nel TT a distanza.

L'ultima parte del questionario ha indagato esclusivamente gli incontri di *Teacher Training* svolti nella modalità a distanza. La maggior parte degli insegnanti ha individuato molti vantaggi nell'intervento svolto da remoto (figura 8).

Il grafico mostra come gli incontri psicoeducativi svolti a distanza abbiano sorpreso il corpo docenti, in quanto questa modalità offre la possibilità di avere un maggior confronto, supporto, formazione, sinergia tra le varie figure, opportunità di apprendimento e scambi comunicativi.

L'ultima parte del questionario ha voluto indagare se e quali, tra le varie procedure utilizzate negli incontri da remoto, i docenti volessero continuare ad utilizzare anche con il ritorno della didattica in presenza.

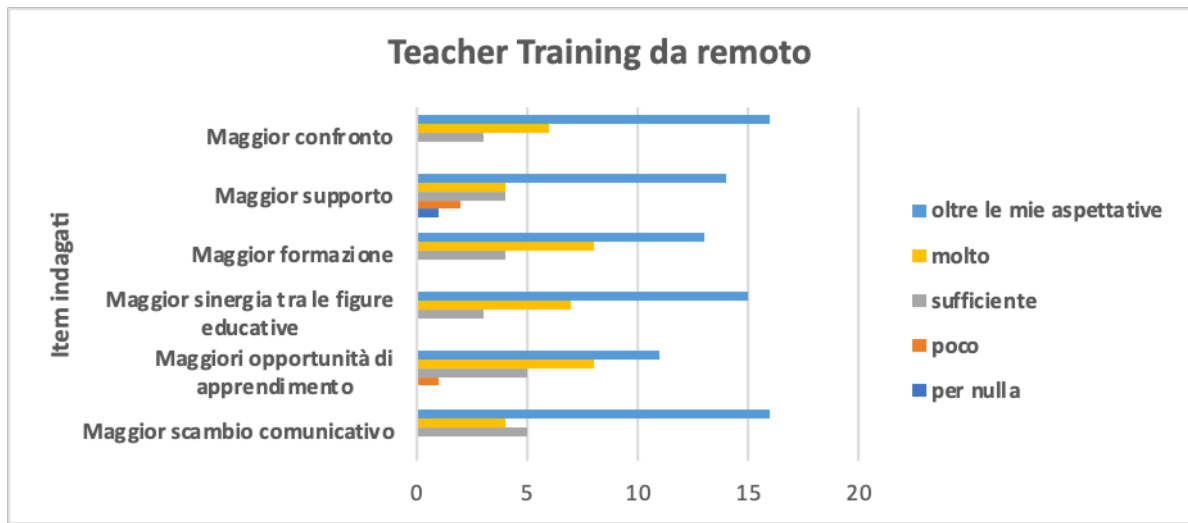


Figura 8: Rappresentazione grafica del giudizio degli insegnanti rispetto al TT da remoto.

La figura 9 mostra le risposte degli insegnanti alla domanda “Tra le seguenti modalità di intervento a distanza quali manterrebbe anche per la formazione in presenza?”

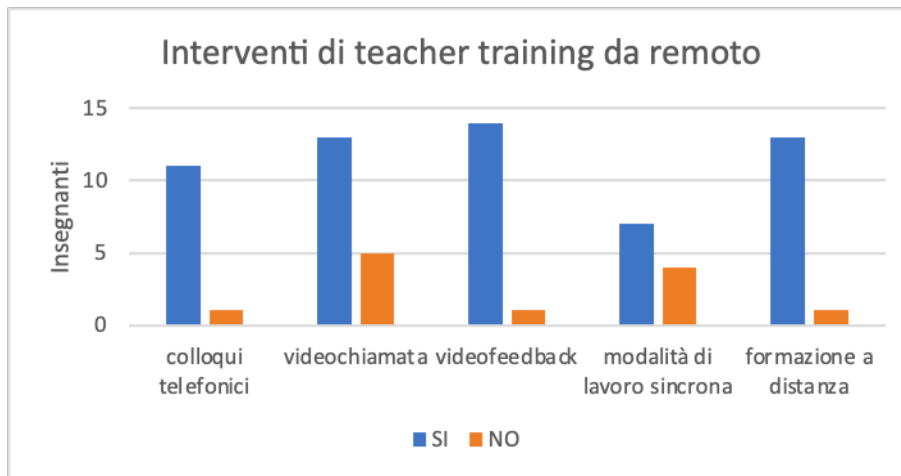


Figura 9: Rappresentazione grafica del giudizio degli insegnanti rispetto alla volontà di continuare le diverse tipologie di incontri di TT da remoto.

Gli insegnanti riportano di voler proseguire con tutte le modalità proposte durante il *Teacher Training* da remoto, anche dopo essere rientrati in presenza. È possibile osservare come la tecnica del *videofeedback* abbia ottenuto molti punteggi favorevoli, sottolineando così quanto questa metodologia sia risultata valida nella formazione del corpo docenti, in particolare rispetto al proprio senso di auto efficacia nel lavorare con bambini con disturbo dello spettro autistico.

Discussione e conclusioni

I risultati del presente studio offrono indicazioni cliniche sostanziali sul trattamento dei soggetti con ASD.

Le risposte fornite dagli insegnanti evidenziano come l'intervento di *Teacher Training* ha complessivamente raggiunto ottimi risultati sia nella modalità in presenza che in quella a distanza. Questi dati indicano che un intervento psicoeducativo che utilizza strumenti tecnologici come le videochiamate o il *videofeedback*, può essere considerato un valido supporto per i bambini con ASD e i loro insegnanti.

Un importante risultato dello studio è il miglioramento percepito dagli insegnanti in tutte le abilità indagate, mostrando come anche gli interventi psicoeducativi svolti a distanza siano efficaci nel potenziamento di abilità cognitive, motorie e sociali.

Lo studio presenta alcune limitazioni da considerare nella lettura dei risultati.

Innanzitutto sarebbe stato utile creare dei sottogruppi, tenendo in considerazione le diverse caratteristiche dei bambini seguiti dagli insegnanti coinvolti nello studio. In questo modo avremmo potuto osservare se specifiche aree possono sviluppare in modo diverso in base al funzionamento di uno specifico campione (età, quoziente intellettivo, sviluppo linguistico).

Come descritto in precedenza, gli insegnanti che sono maggiormente coinvolti nel programma di *Teacher Training* sono i docenti per il sostegno. Purtroppo nel panorama scolastico italiano, spesso gli insegnanti di sostegno vengono assegnati a bambini diversi ogni anno e questo non facilita la continuità della didattica e dell'intervento psicoeducativo proposto.

Un ulteriore limite riscontrato nel presente lavoro è il non utilizzo di test specifici e standardizzati che avrebbero potuto fornire un quadro più ricco, completo e specifico, relativamente alle abilità indagate dal questionario e al loro miglioramento.

Inoltre sarebbe stato utile somministrare un questionario alle insegnanti prima e dopo l'intervento di *Teacher Training*, per poter indagare il cambiamento rispetto al loro livello di conoscenza sull'autismo, sulle strategie da attuare nel contesto scolastico e osservare l'eventuale riduzione dello stress, che spesso si riscontra a causa dei problemi comportamentali presenti nei bambini con ASD (Probst e Leppert, 2008).

Infine gli insegnanti hanno espresso la volontà di voler continuare a mantenere alcune modalità proposte nel *Teacher Training* da remoto (*videofeedback*, videochiamata, incontri di formazione a distanza), ma una volta rientrate in presenza è stato difficile riuscire ad organizzarsi per lavorare con questi strumenti. L'intervento proposto, dunque, per quanto apprezzato ed efficace richiede un notevole impegno da parte degli insegnanti, a causa delle scarse disponibilità di tempo e, a volte, di personale presente nel contesto scolastico.

Attualmente l'intervento psicoeducativo proposto prosegue secondo una modalità mista, garantendo così l'utilizzo del *videofeedback*, tecnica attraverso la quale l'insegnante ha la possibilità di auto-osservarsi, auto-correggersi e soffermarsi su alcuni comportamenti messi in atto dal bambino facilitando l'analisi funzionale necessaria per l'intervento.

La Scuola, in qualità di istituzione, è responsabile dell'integrazione del bambino con disabilità e viene da chiederci dunque se al personale scolastico venga richiesto un impegno talvolta eccessivo, non garantendo ad essi l'opportuna formazione e la capacità di comprendere dinamiche estremamente complesse, specifiche e al contempo delicate. La fedeltà di implementazione dell'intervento può risultare non conforme a causa di una bassa formazione e consapevolezza nei confronti del disturbo dello spettro autistico e una bassa autoefficacia percepita nei confronti dei bambini con il disturbo (Jennett et al. 2003; Symes e Humphrey, 2011).

Le conoscenze sulle caratteristiche dell'autismo e sugli interventi scientificamente validi dovrebbero essere maggiormente integrati nella formazione degli insegnanti.

In generale, i risultati di questo primo step valutativo mostrano una validità dal punto di vista clinico, educativo e sociale dell'intervento di *Teacher Training* in presenza e da remoto.

Lo studio dimostra come l'accesso al supporto tecnologico si è rivelato fondamentale per affrontare i fattori di vulnerabilità, guidare le riorganizzazioni di ambienti domestici e di strategie didattiche, in un momento in cui questa pandemia globale ha reso necessario un drammatico cambiamento di paradigma nel processo di interazione sociale, di approccio terapeutico e di apprendimento.

Studi futuri potrebbero replicare questa procedura arricchendola degli strumenti, delle metodologie e delle ipotesi di lavoro finora argomentate e che in questo sono risultate carenti.

Bibliografia

- Alvarez, M.I., Varini, A., & Giuberti, V. (2011). L'intervento psicoeducativo nei bambini con disturbi dello spettro autistico. *Autismo e disturbi dello sviluppo*, 9, 377-391.
- Antezana, L., Scarpa, A., Valdespino, A., Albright, J., & Richey, J.A. (2017). Rural trends in diagnosis and services for autism spectrum disorder. *Frontiers in Psychology*, 8.
- APA (2014). *DSM5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1968). *The Token Economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. Appleton Century Crofts.
- Bishop, S.L., Farmer, C., Kaat, A., Georgiades, S., Kanne, S., & Thurm, A. (2019). The need for a developmentally based measure of social communication skills. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58, 555-560.
- Bishop, S.L., Farmer, C., Kaat, A., Georgiades, S., Kanne, S., & Thurm, A. (2019). The need for a developmentally based measure of social communication skills. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58, 555-560.
- Bishop, S.L., Farmer, C., Kaat, A., Georgiades, S., Kanne, S., & Thurm, A. (2019). The need for a developmentally based measure of social communication skills. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58, 555-560.
- Bishop, S.L., Farmer, C., Kaat, A., Georgiades, S., Kanne, S., & Thurm, A. (2019). The need for a developmentally based measure of social communication skills. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58, 555-560.
- Bogdashina, O. (2011). *Le percezioni sensoriali nell'autismo e nella sindrome di Asperger*. Crema, Uovonero.

- Boisvert, M., Lang, R., Andrianopoulos, M., & Boscardin, M.L. (2020). Telepractice in the assessment and treatment of individuals with autism spectrum disorders: A systematic review. *Developmental Neurorehabilitation*, 13, 423–432.
- Caretto, F., Cherubini, S., Gaetani, E., Giaquinto, A., Magoni, G., & Moscone, D. (2011). Strategie per l'insegnamento delle abilità sociali in persone con disturbi dello spettro autistico. *American Journal of Mental Retardation*, 9, 243-250.
- Carroll, A., Forlin, C., & Jobling, A. (2003). The impact of teacher training in special education on the attitudes of Australian preservice general educators towards people with disabilities. *Teacher Education Quarterly*, 30, 65–79.
- Crispel, O., & Kasperski, R. (2019) The impact of teacher training in special education on the implementation of inclusion in mainstream classrooms. *International Journal of Inclusive Education*, 25, 1079-1090.
- Cottini, L., & Vivanti, G. (2017). *Autismo come e cosa fare con bambini de ragazzi a scuola*. Firenze, Giunti EDU.
- Cottini, L. (2009). *Il bambino con autismo in classe*. Firenze, Giunti.
- Cottini, L. (2013). L'allievo con autismo a scuola: che fare. *Psicologia e Scuola*, 27, 40-46.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenon, J., Donaldson, A. & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), 17-23.
- De Meo, T., Vio, C., & Maschietto, D. (2001). *Intervento cognitivo nei disturbi autistici*. Trento, Erickson.
- Eldar, E., Talmor, R., & Wolf-Zukerman, T. (2010). Successes and difficulties in the individual inclusion of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in the eyes of their coordinators. *International Journal of Inclusive Education*, 14, 97–114.
- Ferguson, J., Craig, E. A., & Dounavi, K. (2019). Telehealth as a Model for Providing Behaviour Analytic Interventions to Individuals with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49, 582–616.
- Foxx, R.M. (1995). *Tecniche base del metodo comportamentale per l'handicap grave e l'autismo*. Trento, Erickson.
- Haney, J.L., Houser, L., & Cullen, J.A. (2018). Parental Perceptions and Child Emotional and Behavioral Problems in Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48,12-27.
- Gibson, J.L., Pennington, R.C., Stenhoff, D.M., & Hopper, J.S. (2010). Using Desktop Videoconferencing to Deliver Interventions to a Preschool Student with Autism. *Early Childhood Special Education*, 29, 214-225.
- Grandin, T. (2006). *Pensare in immagini e altre testimonianze della mia vita di autistica*. Trento, Erickson.
- Gray, C. (2006). Using social stories to improve the Social Behavior of Children With Asperger Syndrome. *Journal of positive Behavior Interventions*, 8, 43-57.
- Güleç-Aslan, Y., Kircaali-İftar, G., & Uzuner, Y. (2009), Investigating the home implementation of the behavioral intervention program for children with autism with one child. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 10, 1-25.
- Harrower, J.K., & Dunlap, G. (2001). Including children with autism in general education classrooms: A review of effective strategies. *Behavior Modification*, 25, 762-784.
- Hemmings, B., & Woodcock, S. (2011). Preservice Teachers' Views of Inclusive Education: A Content Analysis. *Australasian Journal of Special Education*, 35, 103-116.
- Imran, N., Rahman, A., Chaudhry, N., & Asif, A. (2018). World Health Organization "School Mental Health Manual"-based training for school teachers in Urban Lahore, Pakistan: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 19, 290–8.
- Hepburn, S.L., Blakeley-Smith, A., Wolff, B., & Reaven, J.A. (2016). Telehealth delivery of cognitive-behavioral intervention to youth with autism spectrum disorder and anxiety: a pilot study. *Autism*, 20, 207–218.
- Hess, K.L., Morrier, M.J., Heflin, L.J., & Ivey, M.L. (2008). Autism Treatment Survey: Services received by children with autism spectrum disorders in public school classrooms. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 961-971.
- Humphrey, N., & Symes, W. (2011). Peer interaction patterns among adolescents with autistic spectrum disorders (ASDs) in mainstream school settings. *Autism*, 15, 397–419.
- Ianes, D., Cramerotti, S., & Scapin, C. (2019). *Profilo di funzionamento su base ICF - CY e Piano educativo individualizzato*. Trento, Erickson.
- Ingersoll, B., Shannon, K., Berger, N., Pickard, K., & Holtz, B. (2017). Self-Directed Telehealth Parent-Mediated Intervention for Children With Autism Spectrum Disorder: Examination of the Potential Reach and Utilization in Community Settings. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7).
- Ishii, A., Okuno, H., Nakaoka, T., Iwasaka, H., & Taniike, M. (2020). Effectiveness of a teacher training program for students with symptoms of developmental disorders: Data from a correspondence high school in Japan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3100.

- Jennett, H.K., Harris, S.L., & Mesibov, G.B. (2003). Commitment to Philosophy, Teacher Efficacy, and Burnout Among Teachers of Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 583–593.
- Kanne, S., & Bishop, S. (2020). Editorial perspective: the autism wait-list crisis and remembering what families need. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Kolijn, L., Huffmeijer, R., Van Den Bulk, B.G., Vrijhof, C.I., Van Ijzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2020). Effects of the Video-feedback intervention to promote positive parenting and sensitive discipline on mothers' neural responses to child faces: A randomized controlled ERP study including pre- and post-intervention measures. *Social Neuroscience*, 15, 108–122.
- Kuehn, B.M. (2007). CDC: Autism spectrum disorders common. *Journal of the American Medical Association*, 297, 940.
- Leatherman, J.M., & Niemeyer, J.A. (2005). Teachers' attitudes toward inclusion: Factors influencing classroom practice. *Journal of Early Childhood Teacher Education*, 26, 23–36.
- Leppert, T., & Probst, P. (2005). Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Gruppentrainings für Lehrer von Schülern mit einer autistischen Entwicklungsstörung und Intelligenzminderung [Development and evaluation of a psychoeducational training group for teachers of students with autism and mental retardation]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 33, 49–85.
- Marini, A. (2008). *Manuale di neurolinguistica, fondamenti teorici, tecniche di indagine, applicazioni*. Roma, Carocci editore.
- Malagoi, C., Arduino, G.M., Usai, M.C., & Solari, S. (2012). Funzioni esecutive in bambini e ragazzi con Disturbi Pervasivi dello sviluppo. *Autismo e disturbi del neurosviluppo*, 10 (2).
- McClannahan, L.E., & Krantz, P.J. (1999). Topics in autism. Activity schedules for children with autism: Teaching independent behavior. *Woodbine House*.
- Micheli, E., & Zacchini, M. (1999). *Verso l'autonomia. La metodologia TEACCH del lavoro indipendente al servizio degli operatori dell'handicap*. Gussago, Vannini.
- Morrier, M., Kristen, L., & Heflin, L.J. (2011). Teacher Training for Implementation of Teaching Strategies for student with autism spectrum disorder. *Teacher Education and Special Education*, 34, 9–132.
- Parsons, D., Cordier, R., Vaz, S., & Lee, H.C. (2017). Parent-Mediated Intervention Training Delivered Remotely for Children With Autism Spectrum Disorder Living Outside of Urban Areas: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8).
- Pennington, B.F., & Ozonoff, S. (1996). Executive Functions and developmental psychopathology. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51–87.
- Probst, P., & Leppert, T. (2008). Brief report: outcomes of a Teacher Training Program for Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(9), 1791–1796.
- Samadi, S.A., Bakhshalizadeh-Moradi, S., Khandani, F., Foladgar, M., Poursaid-Mohammad, M., & McConkey, R. (2020). Using Hybrid Telepractice for Supporting Parents of Children with ASD during the COVID-19 Lockdown: A Feasibility Study in Iran. *Brain Sciences*, 10(11), 892.
- Schopler, E., & Mesibov, G.B. (1995). Introduzione. In Schopler, E., Mesibov, G.B., & Kunce, L.J. (a cura di), *Sindrome di Asperger e autismo high-functioning*, Erickson, Trento, 11–16.
- Schopler, E., Reicher, R.J. & Lansing, M. (1991). *Strategie educative nell'autismo*. Milano, Masson.
- Sharma, U., Forlin, C., Loreman, T., & Earle, C. (2006). Pre-service teachers' attitudes, concerns and sentiments about inclusive education: An international comparison of novice pre-service teachers. *International Journal of Special Education*, 21(2), 80–93.
- Severini, K.E., Ledford, J.R., & Robertson, R.E. (2018). Systematic Review of Problem Behavior Interventions: Outcomes, Demographics, and Settings. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(10), 3261–3272.
- Skinner, B. F. (2008). *Il comportamento verbale*. Roma, Armando Editore.
- Stahmer, A.C., Collings, N.M., & Palinkas, L.A. (2005). Early Intervention Practices for Children With Autism: Descriptions From Community Providers. *Focus on Autism and other developmental disabilities*, 20(2), 66–79.
- Sundberg, M. (2019). *VB-MAPP. Manuale*. Brescia, Vannini Editoria Scientifica.
- Topping, K. (2006). *Tutoring. L'insegnamento reciproco tra compagni*. Trento, Erickson.
- Van Kessel, R., Steinhoff, P., Varga, O., Breznošćáková, D., Czabanowska, K., Brayne, C., Baron-Cohen, S., & Roman-Urrestarazu, A. (2020). Autism and education—Teacher policy in Europe: Policy mapping of Austria, Hungary, Slovakia and Czech Republic. *Research in Developmental Disabilities*, 105.
- Winter, E.C. (2006). Preparing new teachers for inclusive schools and classrooms. *Support for Learning*, 21, 85–91.
- World Health Organization. (2020). Retrieved April 5, 2020, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Xaiz, C. & Micheli, E. (2001). *Gioco e interazione sociale nell'autismo. Cento idee per favorire lo sviluppo dell'intersoggettività*. Tr

— Sabrina Scala, Silvia Rossi, Federica Funari, Veronica Mollica, Maria Grazia Totino, —
Antonella Mattei, Valentina Carone, Christian Veronesi

Sabrina Scala

Psicologa-Psicoterapeuta, Frosinone

**Specializzata a Associazione di Psicologia Cognitiva APC, Roma,
training Isola, Reda**

e-mail: sabrina.scala@live.it

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

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

Disturbo Evitante di Personalità

Roberta di Lernia

Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva AIPC, Bari, Italia

Riassunto

Coloro che soffrono di DEP desiderano instaurare relazioni con gli altri ma in tali situazioni sperimentano un forte senso di estraneità, sensazioni di non appartenenza e di non condivisione, emozioni intense di ansia e vergogna, a causa della percezione della propria inadeguatezza e del timore di giudizio negativo, che li conducono ad un vero e proprio evitamento delle relazioni per timore di essere rifiutati. Nel DEP è possibile riconoscere funzioni metacognitive deficitarie, in particolare nella capacità di monitoraggio, decentramento e nelle strategie di mastery ed una compromissione delle abilità sociali, che diminuiscono le possibilità di instaurare relazioni sociali. Per tale motivo, risulta fondamentale nel trattamento modulare la sensazione di estraneità del paziente consentendogli di poter sperimentare, all'interno della relazione terapeutica, una dimensione condivisa che possa incrementare il senso di appartenenza e nello stesso tempo intervenire per incrementare le funzioni metacognitive e le abilità sociali.

Parole chiave: estraneità, non appartenenza, ansia, vergogna, rifiuto, evitamento.

Avoidant Personality Disorder

People with AVPD (Avoidant Personality Disorder) wish to establish relationships with others but in such situations they experience a strong sense of estrangement, feelings of non belonging and non sharing, intense emotions of anxiety and shame, because of the perception of their own inadequacy and the fear of negative judgement, which leads them to a genuine avoidance of relationships for fear of being rejected. In AVPD it is possible to identify deficient metacognitive functions, in particular in the capabilities of monitoring, decentralization and in mastery strategies, and impairment of social skills, which reduce the possibility of establishing social relationships. For this reason, it is fundamental, in the modular treatment, the feeling of estrangement of the patient, allowing them to experience, within the therapeutic relationship, a sharing dimension which might increase the feeling of belonging and simultaneously intervening to increase metacognitive functions and social abilities.

Key words: estrangement, non belonging, anxiety, shame, rejection, avoidance.

Introduzione

Il primo ad utilizzare la definizione “personalità evitante” è stato Theodore Millon (1969), che la differenzia dalla personalità schizoide, individuando, come caratteristica peculiare del disturbo

Roberta di Lernia, Disturbo Evitante di Personalità, N. 28, 2021, pp. 51-75.

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

evitante di personalità, una dolorosa inibizione nel contatto sociale e come aspetto centrale della personalità schizoide, il distacco e l'indifferenza nei confronti delle relazioni.

Dunque ciò che differenzia il disturbo evitante da quello schizoide è che il primo desidera relazioni sociali ma le evita, per timore di rifiuto, mentre lo schizoide preferisce la solitudine, non è interessato agli altri ed è indifferente all'accettazione o al rifiuto da parte degli altri.

Nel momento in cui si confronta con gli altri, il DEP sperimenta una sensazione di inadeguatezza, di timore di giudizio negativo altrui, è inibito e prova emozioni di ansia e vergogna (Akhtar, 1986).

Nei rapporti duali vive, in modo pervasivo, una sensazione di estraneità e percepisce un senso di esclusione dai gruppi, non riuscendo a raggiungere un appagante senso di condivisione e di appartenenza (Procacci, Semerari, 1998).

La capacità di percepire un sentimento di appartenenza ad un gruppo sociale è una delle funzioni di base della personalità normale (Livesley, Jang, 2000) e come affermano Baumeister e Leary (1995) l'appartenenza rappresenta una motivazione primaria che l'individuo esercita come naturale bisogno di legarsi agli altri, che gli permette di stabilire legami interpersonali necessari al benessere e di rinsaldare la sua identità sociale. La mancanza di appartenenza rappresenta una deprivazione che è causa di disagio. L'essere umano è naturalmente predisposto a stabilire e mantenere rapporti interpersonali duraturi, positivi e significativi con altre persone. Il senso soggettivo d'appartenenza si basa sulla convinzione di condividere qualcosa con gli altri membri del gruppo: scopi, valori, interessi, piaceri, esperienze, ricordi. Questo fa sentire l'individuo come parte di un gruppo nel quale può riconoscersi condividendo tali aspetti. Nel momento in cui questo avviene in una relazione duale possiamo parlare di condivisione (Procacci, Semerari, 1998).

Il DEP può essere definito il "disturbo dell'intimità" in quanto è presente il desiderio di stabilire relazioni strette, all'interno delle quali ci si sente esclusi, la percezione della propria inadeguatezza nelle relazioni è strettamente collegata all'aspettativa di essere giudicati negativamente o rifiutati e questo comporta come conseguenza la tendenza ad evitare le relazioni sociali. Perciò il desiderio di affetto è associato ad una costante paura del rifiuto che conduce alla solitudine vissuta con tristezza (Di Maggio, Semerari, 2003).

1. Inquadramento Diagnostico del Disturbo

La caratteristica essenziale del disturbo evitante di personalità, così come descritto nell'ultima versione del Manuale Diagnostico dei disturbi mentali (APA, 2014) è un pattern pervasivo di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo, che inizia entro la prima età adulta ed è presente in una varietà di contesti, come indicato da quattro o più dei seguenti criteri:

1) evita attività lavorative che implicino un significativo contatto interpersonale per paura delle critiche, della disapprovazione e del rifiuto;

- 2) è riluttante ad entrare in relazione con gli altri a meno che non sia certo di piacere;
- 3) è riservato nelle relazioni intime per paura di essere umiliato o ridicolizzato;
- 4) è preoccupato nelle situazioni sociali per la possibilità di essere criticato o rifiutato;
- 5) è inibito nelle nuove situazioni interpersonali a causa di sentimenti di inadeguatezza;
- 6) si vede socialmente inetto, privo di fascino o inferiore rispetto agli altri;
- 7) è eccessivamente riluttante ad assumere su di sé dei rischi o a intraprendere nuove attività poiché possono rivelarsi imbarazzanti.

Le persone evitanti vengono spesso descritte dagli altri come riservate, timide, solitarie, quando entrano in contatto con gli altri monitorano attentamente i movimenti e le espressioni di questi ultimi, assumono un atteggiamento distaccato e teso che può suscitare da parte degli altri scherno e derisione andando a confermare il loro timore. La bassa autostima e l'ipersensibilità al rifiuto sono associate ad una riduzione dei contatti interpersonali, che potrebbe portare l'individuo a vivere in una situazione di isolamento. I comportamenti evitanti possono compromettere anche il funzionamento lavorativo, in quanto vi è la tendenza ad evitare situazioni sociali che potrebbero essere fondamentali per le esigenze lavorative. (APA, 2014).

E' frequente che l'evitante soffra di umore depresso, in una condizione di solitudine intraprende attività che lo gratificano momentaneamente, proteggendolo dai contatti relazionali. Nel momento in cui diventa consapevole che tali strategie di coping rappresentano chiaramente la propria incapacità di vivere una vita come gli altri si deprime profondamente ed è in questo momento che può essere spinto a chiedere aiuto (Di Maggio, Semerari, 2003).

1.1 Diagnosi differenziale

L'evitamento delle relazioni comporta una chiusura sociale ad eccezione del contesto familiare di appartenenza, vissuto conflittualmente, ma con forte dipendenza, per i familiari l'evitamento rappresenta uno stile di vita piuttosto che un problema psicologico e questo contribuisce a ritardare la richiesta di aiuto, che solitamente viene fatta nel momento in cui l'evitante sperimenta un umore depresso (Di Maggio, Semerari, 2003). La dipendenza dalle relazioni potrebbe spiegare, secondo alcuni, la comorbilità tra DEP e Disturbo Dipendente (Stuart, Pfohl, Battaglia, Bellodi, Grove, Cadoret, 1998). In entrambi i disturbi, i pazienti sono motivati a stringere relazioni significative all'interno delle quali, però, sperimentano un senso di inadeguatezza ed insicurezza. L'evitante, nel momento in cui riesce a stabilire una relazione, asseconda l'altro, con lo scopo di evitare il rifiuto che confermerebbe l'immagine di sé inadeguata, vivendo la relazione in modo coercitivo e sperimentando emozioni come rabbia e frustrazione. A differenza del dipendente, l'evitante si sente inetto e non attraente, non ha la rappresentazione di sé come impreparato a funzionare in un mondo difficile e non ha come obiettivo l'essere accudito ma la sua principale preoccupazione è l'evitare l'umiliazione ed il rifiuto. La caratteristica principale che distingue l'evitante dal dipendente è il ritiro sociale. Dipendente ed evitante inoltre reagiscono in modo

diverso alla separazione dalla figura di riferimento: il primo non si sente capace di affrontare il mondo mentre l'evitante vive tale condizione come liberatoria. (Di Maggio, Semerari, 2003).

Il disturbo evitante, così come quello schizoide e schizotipico di personalità, è caratterizzato da isolamento sociale ma ciò che differenzia l'evitante è la presenza del desiderio di avere relazioni sociali e la sofferenza per la propria condizione di solitudine invece nel disturbo schizoide e schizotipico vi è la preferenza per l'isolamento sociale.

La scarsa fiducia negli altri è un aspetto presente sia nel disturbo evitante sia in quello paranoide ma nell'evitante la riluttanza a fidarsi degli altri non è dovuta alla paura degli intenti malevoli degli altri, come per il paranoide, ma è legata più al timore di sentirsi in imbarazzo o di apparire inadeguato(APA, 2014).

Sia negli evitanti che nei narcisisti la vergogna rappresenta un'emozione centrale ma questi ultimi, a differenza degli evitanti, raggiungono con facilità stati mentali in cui si sentono superiori e quindi protetti da tale sentimento (Wurmser, 1981). Il narcisista cerca negli altri conferme della propria grandiosità, mentre l'evitante la disconferma della propria inadeguatezza (Di Maggio, Semerari, 2003).

Il DEP condivide delle caratteristiche importanti con la fobia sociale come in senso di inadeguatezza, la bassa autostima, l'ipersensibilità al rifiuto, l'evitamento delle situazioni sociali, per tale motivo la diagnosi differenziale può essere difficile (Dahl,1996). Ciò che differenzia i due disturbi è la dimensione dell'appartenenza, infatti il fobico sociale si sente inadeguato nelle situazioni di esposizione sociale ma non manifesta difficoltà nel sentirsi in relazione, aspetto che invece contraddistingue gli evitanti (Procacci, Popolo, Petrilli, Vinci, Semerari, 2002).

1.2 Esordio, prevalenza e comorbilità

I dati del National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions del 2001-2002 suggeriscono per il disturbo evitante di personalità una prevalenza stimata di circa il 2,4%. Il disturbo evitante di personalità sembra essere ugualmente frequente negli uomini e nelle donne.

L'esordio del disturbo avviene nella tarda adolescenza o nella prima età adulta, esistono casi in cui il comportamento evitante inizia nell'infanzia con timidezza, isolamento, timore degli estranei e delle situazioni nuove (APA, 2014). Non sono chiare le cause del disturbo evitante anche se contribuiscono alla situazione di evitamento sociale fattori genetici e psicologici, oltre all'influenza dell'ambiente esterno in cui la persona è cresciuta. Sono stati descritti come possibili fattori di rischio, infatti, storie di abusi fisici, storie di rifiuto da parte dei genitori, atteggiamenti che vengono rinforzati dal rifiuto dei coetanei, precoci esperienze di vita che hanno condotto ad un esagerato desiderio di accettazione e ad un'intolleranza alle critiche.

I disturbi che vengono comunemente diagnosticati in comorbilità possono essere: disturbi depressivo, bipolare e d'ansia, soprattutto il disturbo d'ansia sociale. Il disturbo evitante di personalità viene spesso diagnosticato insieme al disturbo dipendente di personalità e tende anche

ad essere diagnosticato insieme al disturbo borderline di personalità e ai disturbi di personalità del gruppo A (paranoide, schizoide o schizotipico) (APA, 2014).

1.3 Disturbo evitante e fobia sociale a confronto

L'ansia sociale, intesa come stato emotivo doloroso, che un individuo può sperimentare in situazioni di esposizione sociale, nelle quali teme il giudizio negativo su di sé o sulla propria prestazione, può caratterizzare diversi quadri clinici. Questo ha portato ad ipotizzare l'esistenza di una continuità tra disturbi caratterizzati da diverse intensità d'ansia sociale: ad un estremo del continuum ci sarebbe il tratto temperamentale, non patologico, della timidezza successivamente un disturbo d'ansia, l'ansia sociale, all'altro estremo il disturbo evitante di personalità. Ansia sociale e DEP condividono la tendenza a vivere una condizione di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza, sensibilità al giudizio negativo; entrambi tendono ad evitare il contatto interpersonale per timore di essere criticati, ad essere inibiti in situazioni sociali ed interpersonali nuove (APA, 2000; Dahl, 1996; Turner, Beidel e Townsley, 1992). I criteri del DSM necessari per diagnosticare i due disturbi sono simili comportando una difficoltà nel differenziarli e portando a considerare che le due diagnosi costituiscano la stessa entità clinica. (Millon e Davis, 1996; Widiger e Sanderson, 1995). E' possibile individuare fattori più specifici del disturbo di personalità che lo differenziano dall'ansia sociale: un generale evitamento e un'intolleranza alle emozioni e la tendenza cronica a sentirsi estranei, esclusi, diversi e non appartenenti ai gruppi o lontani dagli altri con cui si hanno relazioni duali stabili. Infatti il senso di appartenenza ad un gruppo è presente negli ansiosi sociali, tranne nel momento in cui si sentono esposti al giudizio che immaginano negativo. Gli evitanti invece si sentono sempre diversi, alieni, estranei, sia nei gruppi che nei rapporti di coppia o nelle amicizie più strette e in famiglia (Procacci e Semerari, 1998; Procacci e Popolo, 2003).

In una ricerca è emerso che i pazienti con disturbo evitante di personalità tendono ad evitare di provare emozioni, sia positive che negative, sono preoccupati di esprimerle in pubblico e hanno credenze negative sulle emozioni stesse. La differenza principale con i pazienti affetti da ansia sociale è proprio nella tendenza maggiore del disturbo evitante di personalità ad evitare anche le emozioni positive e nelle credenze negative generali sulle emozioni (Taylor, Lapsa e Alden, 2004).

Gli evitanti, a differenza dei fobici sociali, sono caratterizzati da una difficoltà nella capacità metacognitiva di monitoraggio e quindi nel riconoscimento dei propri pensieri e delle proprie emozioni (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

Perciò la condotta di evitamento sociale è espressione comune di diversi stati mentali che caratterizzano diversi disturbi. L'ansioso sociale nel momento in cui si appresta a vivere una situazione sociale teme di agire in modo inadeguato e, per timore di ricevere un giudizio negativo, evita le situazioni sociali. L'evitante nella stessa situazione sociale descrive il disagio di sentirsi estraneo.

Perciò è possibile sostenere che nel caso del DEP la sensazione di estraneità nelle relazioni e di esclusione dal gruppo è un tratto patogeno costante che demotiva gli evitanti a stare in gruppo e ad instaurare relazioni sociali. L'esperienza di non appartenenza dell'evitante è stabile nel tempo ed è presente in numerosi contesti relazionali mentre nell' Ansia Sociale è una condizione transitoria legata alla componente emotivo-dolorosa della situazione. Il senso di non appartenenza sarebbe allora l'espressione di un funzionamento mentale diverso nei due disturbi (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

2. Fenomenologia della mente evitante

Per capire il funzionamento della persona con disturbo evitante possiamo esplorare i suoi stati mentali principali, ossia, le modalità nell'articolare i pensieri, le emozioni e i comportamenti (Horowitz, 1987; Di Maggio et al., 2000). Nelle situazioni interpersonali l'evitante percepisce un profondo senso di inadeguatezza personale o di timore del giudizio negativo da parte degli altri, esprime un senso di impaccio o di vergogna sino alla percezione di estraneità totale dai contesti o dalle relazioni, si comporta evitando di partecipare alle situazioni relazionali. Tali componenti sono collegate tra di loro attraverso circoli interpersonali viziosi, del tipo "quando si accorgerà che non valgo nulla mi rifiuterà" (Perris, 1993), dove il timore di essere rifiutato da parte degli altri genera conferme sulla propria inadeguatezza e rafforza le modalità di evitamento del contatto interpersonale. Ciò che caratterizza le loro relazioni consiste in un senso profondo di estraneità e di distacco interpersonale, nello specifico i contenuti mentali più rilevanti sono il senso di estraneità e di non appartenenza, un tema di pensiero costante, intenso emotivamente e pervasivo in quanto in grado di influenzare ogni altro pensiero o comportamento (Procacci e Semerari, 1998). L'evitante presenta funzioni metacognitive deficitarie, in particolare nella capacità di monitoraggio, decentramento e nelle strategie di mastery ed una compromissione, più o meno rilevante a seconda della gravità, delle abilità sociali (Procacci, M., Popolo, R., Marsigli, N., 2011).

Per funzioni metacognitive, intendiamo le attività di monitoraggio e di regolazione che sono costituite dall'insieme di abilità che ci consentono di comprendere i fenomeni mentali e di operare su di essi per la risoluzione di compiti e per padroneggiare gli stati mentali (Carcione et al., 1997; Carcione e Falcone, 1999).

2.1 I deficit metacognitivi

La compromissione delle funzioni metacognitive costituisce un elemento importante della patologia generale della personalità (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016).

L'evitante presenta una scarsa capacità di monitoraggio metacognitivo, ha difficoltà nell'individuare pensieri ed emozioni dei propri stati mentali, le cause e le motivazioni del proprio comportamento. Tale disfunzione metacognitiva rende la mente del soggetto opaca ed incomprensibile al soggetto stesso ed all'interlocutore (Procacci, M., Popolo, R., Marsigli, N., 2011).

A causa della scarsa abilità nell' identificare gli stati interni, la narrazione dell'evitante è povera di contenuti emotivi, comunica a fatica o per nulla la propria sofferenza, comportando per il terapeuta delle difficoltà nella comprensione del paziente, soprattutto nei primi colloqui, anche a causa della sensazione di lontananza e di estraneità che si sperimenta entrando in relazione con questo tipo di pazienti.

La capacità di riconoscere i propri contenuti mentali e quelli altrui ci permette di riconoscere esperienze, credenze, attitudini che possono essere in comune con gli altri, un deficit di monitoraggio non consente di costruire una dimensione condivisa, sperimentando nei rapporti con gli altri una sensazione di non appartenenza e non condivisione che a sua volta, porta a distaccarsi dagli altri, confermando la propria sensazione di estraneità (Di Maggio, G., Semerari, A., 2003).

La difficoltà nella capacità di riflettere sui propri stati mentali incide sulla possibilità di recuperare e costruire validi ricordi autobiografici, fondamentali per la costruzione di un senso d'identità personale coerente e stabile (McAdams 2001; Bech, Elklit e Simonsen 2015).

Essere in grado di creare ed utilizzare la propria storia di vita è considerato un aspetto fondamentale per la salute mentale permettendo alle persone di formare delle rappresentazioni stabili di se stesse e fornisce un contesto per dare un senso a ciò che accade sul piano interpersonale in un preciso momento (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016).

È stato dimostrato che molti pazienti evitanti presentano una compromissione della memoria autobiografica (Spinhoven et al.,2009).

Il DEP oltre ad un malfunzionamento nel monitoraggio mostra difficoltà di decentramento, ovvero nella comprensione della mente degli altri, ponendosi dalla loro prospettiva. Tale abilità risulta importante per comprendere le differenze tra le persone e per regolare, in base a questo, le diverse relazioni. Il decentramento è strettamente legato all'abilità di differenziazione infatti comprendere che gli altri hanno punti di vista diversi dai propri significa anche comprendere che il nostro è solo uno dei punti di vista tra gli altri e che tutti sono prospettive mentali, diverse dalla realtà a cui si riferiscono. Decentramento e differenziazione permettono la distanza critica (Carcione, Nicolò, Semerari,2011).

Diversi autori come Baron Cohen (1995) o Perner et. al. (1987) hanno sottolineato che la comprensione della mente dell'altro richiede la capacità di prospective taking, ovvero di comprendere gli stati mentali dell'altro assumendo il suo punto di vista. Decentrare perciò significa riuscire a descrivere gli stati mentali e le azioni altrui prescindendo dal proprio punto di vista o dal coinvolgimento nella relazione, facendolo in modo plausibile e chiaro, non ricorrendo a stereotipi o luoghi comuni (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016).

I pazienti evitanti hanno difficoltà a distinguere tra il proprio funzionamento mentale e quello degli altri, non riescono a decentrare ed il senso di inadeguatezza che sperimentano nella relazione con l'altro, diventa, sotto forma di giudizio negativo, il contenuto attribuito alla mente degli altri, visti come giudicanti ed escludenti (Di Maggio, Semerari, 2003).

Nel DEP risultano compromesse anche le abilità di mastery, ovvero le capacità di definire i problemi in termini psicologici mettendo in atto strategie di soluzione e di padroneggiamento della sofferenza psicologica che ne deriva (Carcione, Falcone, Magnolfi, Manaresi, 1997).

Le strategie di mastery possono essere collocate su tre livelli. Quelle più semplici, di primo livello, più comportamentali, prevedono che l'individuo, per modulare gli stati emotivi, agisca sul proprio corpo o sulle relazioni, chiedendo in modo esplicito aiuto o cercando nelle relazioni interpersonali una via per uscire da uno stato emotivo problematico. Le strategie di secondo livello prevedono modalità di regolazione più attive e consapevoli, l'individuo si percepisce come un agente attivo e decide intenzionalmente di attivare o evitare un comportamento o di concentrarsi a pensare o di distrarsi rispetto ad un pensiero problematico.

Le strategie di terzo livello sono quelle metacognitive, attraverso le quali il soggetto agisce sui propri stati mentali, mettendoli in discussione in modo critico. Possedere una buona capacità di mastery significa sapersi muovere in modo flessibile tra i diversi livelli di regolazione in base alle diverse situazioni fonte di sofferenza psicologica (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016).

L'evitante, avendo difficoltà nel monitoraggio dei propri stati mentali e di decentramento, nel momento di disagio, reagisce mettendo in atto primitive strategie comportamentali di evitamento (Procacci et al.2000).

2.2 Gli stati mentali problematici

Gli stati mentali sono un insieme stabile e ricorrente di pensieri, credenze, emozioni, sentimenti, sensazioni fisiche, intenzioni e desideri che si manifestano nel flusso di coscienza (Horowitz, 1987; Semerari, Carcione Di Maggio et al, 2003).

Vi sono alcuni stati mentali, dolorosi e temuti, che il paziente tende ad evitare perché soggettivamente carichi di sofferenza. Altri stati, di coping, che servono a gestire il dolore o ad evitarlo, possono essere disfunzionali, se perseguiti in modo compulsivo per evitare gli stati negativi temuti. Gli stati egosintonici, che la persona ricerca attivamente e non per sfuggire ad esperienze negative, che hanno la caratteristica di essere considerati valori, principi che definiscono la propria identità. Infine possiamo individuare gli stati desiderati che corrispondono a forme di esperienza sane come la capacità di rilassarsi, il piacere nel sentirsi autonomi e capaci nel perseguire i propri obiettivi superando fatica e difficoltà, nel sentire il senso di appartenenza ad un gruppo. Nessun singolo stato mentale è patologico in sé, ciò che determina la patologia è la pervasività del set di stati mentali, il loro essere carichi di dolore soggettivo, l'assenza di stati mentali legati al benessere e all'adattamento e la loro tendenza ad attivarsi in presenza di minimi segnali a fronte di stimoli disparati (Di Maggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013).

Nell'evitante possiamo individuare stati mentali problematici temuti come lo stato di estraneità e lo stato di esclusione.

- Stato di estraneità: il paziente si sente diverso e teme che gli altri lo lascino solo a causa di questa diversità. La sensazione di essere diverso lo allontana dagli altri.

- Stato di esclusione: rappresenta una condizione pervasiva nella sua esperienza, in cui prevale il timore di un giudizio negativo nelle situazioni relazionali che lo porta ad allontanarsi ulteriormente e con sfiducia dagli altri, ricorrendo, così, all'evitamento per sfuggire al disagio.

E' possibile individuare nel DEP alcuni stati mentali transitori che costituiscono delle modalità di lettura della situazione relazionale che si sta svolgendo in un dato momento: stato di paura e minaccia, stato di rifiuto e stato di ingiustizia subita (Di Maggio, Semerari, 2003).

- Stato di paura e di minaccia: quando il paziente si trova costretto a confrontarsi con qualcuno si sente esposto ad un pericolo e può sperimentare ansia, viene bloccato dal timore, di cui non ne comprende la causa, per il malfunzionamento metacognitivo di monitoraggio, e per tale motivo diventa minacciosa qualsiasi forma di relazione in cui l'altro è visto come giudicante. L'unica via d'uscita sembra essere l'evitamento attivo (Procacci, popolo, Marsigli, 2011).

- Stato di rifiuto: dallo stato di esclusione si può transitare in questo stato mentale caratterizzato da umiliazione, rifiuto e giudizio negativo. L'evitante immagina che ogni relazione lo condurrà in questo stato, interpreta i segnali comunicativi dell'altro come derisione o rifiuto a causa delle sue difficoltà nell'intuire i pensieri degli altri da espressioni e comportamenti.

- Stato di ingiustizia subita: l'evitante da un lato tende a limitare i rapporti sociali dall'altro lato tende a rifugiarsi nei pochi rapporti stabili che può avere come quelli familiari o nella relazione di coppia, nei quali emerge uno stato mentale caratterizzato da rabbia, costrizione ed ingiustizia subita. Questo tipo di relazioni sono vissute dall'evitante come obbligatorie, vi è la convinzione di non poter decidere liberamente con chi avere relazioni e di dover assecondare l'altro per non restare soli con la conseguenza di sentirsi costretti nelle relazioni. L'emozione che l'evitante prova è la rabbia che può non agire o agire in una forma di polemica silenziosa (Di Maggio, Semerari, 2003).

A volte il paziente teme la sua stessa aggressività, ha paura di affermare se stesso, immaginando di farlo carico di rabbia distruttiva e pericolosa per gli altri e per sé (Di Maggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013).

Vi sono degli stati mentali desiderati dal DEP che si riferiscono a situazioni che l'evitante ricerca: la rivalsa narcisistica e la solitudine gratificante.

- Stato di rivalsa narcisistica: questo stato mentale può emergere nelle fasi avanzate della terapia o in seguito a trattamenti con alti dosaggi di antidepressivi. E' caratterizzato da autoesaltazione con indifferenza o disprezzo del giudizio altrui, i sentimenti di non appartenenza, di distanza interpersonale continuano ad essere presenti ma sono caratterizzati da un senso di superiorità, di fronte al quale gli altri reagiscono allontanandosi.

- Stato di gratificazione solitaria: l'evitante preferisce spazi privati in cui poter coltivare i propri interessi, queste attività di gratificazione solitaria rappresentano delle modalità che consentono di evitare la depressione solo a breve termine. L' evitante precipita in uno stato depressivo quando confronta la propria vita, povera dal punto di vista sociale, con quella degli altri.

I pazienti transitano da uno stato mentale all'altro in molti casi a causa dell'andamento delle relazioni (Di Maggio, Semerari, 2003).

2.3 I cicli Interpersonali problematici

L'evitante si relaziona con gli altri avvertendo un senso di estraneità, diversità, e di inadeguatezza, prevedendo automaticamente di essere giudicato negativamente e rifiutato, anche nei rapporti più intimi percepisce l'altro escludente, costrittivo o rifiutante. A volte sperimentano attacchi di rabbia che non riconoscono e che non riescono a descrivere ma che sono così intensi da portare all'acting out (Procacci, Popolo, 2003). La rabbia viene solitamente repressa per paura che l'altro possa andar via, tali emozioni non espresse rinforzano la tendenza dell'evitante a ritirarsi dalla relazione, per evitare il conflitto, vissuto come catastrofico e distruttivo (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

L'evitante interagisce partendo da specifiche credenze, bisogni, aspettative, desideri e timori che conducono gli altri a comportarsi in modo tale da confermare le credenze iniziali, determinando un peggioramento della relazione (Di Maggio, Semerari, 2003).

Il soggetto ha delle aspettative nei confronti di una relazione, che lo inducono a mettere in atto comportamenti automatici o coscienti, congrui con i propri desideri, che elicitano nell'altro risposte prevedibili e corrispondenti al proprio atteggiamento (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

Secondo la definizione di Safran e Sagal (1990) i cicli interpersonali disfunzionali sono il modo in cui la relazione con l'altro crea circuiti che rinforzano la patologia, a causa dei segnali, in prevalenza non verbali, automatici, emozionali che i pazienti scambiano con i loro partner in interazione.

Nel DEP è possibile riconoscere alcuni cicli interpersonali tipici: il ciclo dell'estraneità/distacco, il ciclo dell'inadeguatezza/rifiuto ed il ciclo della costrizione/ evitamento.

Nel ciclo dell'estraneità/ distacco l'evitante si percepisce diverso dall'altro e prova impaccio, l'altro, a sua volta, resta distante attendendo dei segnali di avvicinamento, tale comportamento è automaticamente interpretato dall'evitante come conferma della propria diversità.

Nel ciclo dell'inadeguatezza/rifiuto l'evitante interpreta i segnali provenienti da se stesso e dagli altri come conferma della propria inadeguatezza, aumentando la sensazione di imbarazzo ed impaccio, che lo porta ad assumere un atteggiamento timoroso, che a sua volta può portare gli altri a percepirlo inadeguato, confermando ed incrementando la sensazione soggettiva di inadeguatezza del DEP.

Nel ciclo della costrizione/evitamento l'evitante sente l'altro come oppressivo, interpreta l'interesse altrui come sfruttamento e desiderio di sottometterlo, percepisce un forte senso di costrizione e di ingiustizia subita, prova rabbia che molto spesso viene inibita e desiderio di fuggire da ogni possibile discussione. L'altro di conseguenza lo percepisce poco coinvolto nella relazione. Quando l'evitante fugge dalla relazione, a causa della sensazione di costrizione l'altro aumenta la richiesta di coinvolgimento che di conseguenza aumenta il senso di costrizione, determinando un ulteriore allontanamento fino alla fine della relazione, al contrario quando aumenta la distanza interpersonale, aumenta il desiderio della relazione (Di Maggio, Semerari, 2003).

2.4 La regolazione delle scelte

Fare delle scelte è un'operazione cognitiva più o meno consapevole e connotata emotivamente, solitamente per prendere una decisione si valutano rapidamente un numero limitato di variabili. Una compromissione della capacità di compiere in modo adeguato tale operazione rappresenta motivo di sofferenza emotiva, disadattamento sociale ed è identificata come una delle principali disfunzioni che caratterizzano i disturbi di personalità (Di Maggio, Carcione, Semerari, Marraffa, Falcone, Nicolò, procacci, 2001; Di Maggio e Semerari, 2003).

In una regolazione equilibrata delle scelte marcatura somatica (emozioni e desideri), valori (norme e regole) e sé ideale, contesto interpersonale, si influenzano in maniera reciproca in maniera da regolare incompatibilità e conflitti. La flessibilità di tale processo, fondamentale per compiere scelte adattive e funzionali sia dal punto di vista sociale che della soddisfazione personale richiede competenze cognitive, è influenzata da euristiche cognitive ma richiede anche buone competenze metacognitive (Carcione Falcone, 1999; Falcone, Marraffa e Carcione, 2003).

I disturbi di personalità sono caratterizzati dalla presenza di difficoltà nel compiere operazioni di tipo metarappresentativo sugli stati mentali propri ed altrui comportando difficoltà nella regolazione emotiva e nella gestione della propria sofferenza psicologica. I deficit metarappresentativi possono determinare difficoltà nel riconoscere i propri stati emotivi cosicché il processo decisionale avviene adottando strategie di compensazione che permettono di utilizzare meccanismi diversi dalla marcatura degli scopi e dei desideri. Tali meccanismi si irrigidiscono su modalità stereotipate che mantengono la sofferenza emotiva (Di Maggio e Semerari, 2003).

Nel momento in cui i deficit metarappresentativi non permettono l'utilizzo di alcuni degli ingredienti decisionali, per non paralizzare l'azione gli altri tendono a divenire ipertrofici

(Carcione, Nicolò e Semerari, 1999).

Nel DEP esiste una tendenza nella regolazione delle scelte tale da basarsi su di un'eteroregolazione desunta dal contesto interpersonale, l'evitante cerca di aderire agli scopi altrui per compensare la propria difficoltà di accesso agli stati interni. Tale comportamento sembra essere strumentale e difensivo rispetto al timore dell'esclusione/ rifiuto dal contesto in cui si trova e dunque compensa quel cronico senso di non appartenenza e non condivisione che caratterizza tale disturbo (Procacci, Di Maggio, Semerari, 2001; Procacci e Popolo, 2003).

L'adesione al gruppo sembra l'unica possibilità per evitare la solitudine ma mancando la capacità di saper cogliere gli elementi condivisi, la partecipazione alla vita di gruppo è semplicemente formale.

Nelle situazioni duali la regolazione delle scelte è ancora più difficile ed è spesso abbandonata preferendo scelte solitarie ma più gratificanti (Di Maggio, Semerari, 2003).

3 La Relazione Terapeutica

Per relazione terapeutica si intende, nella terapia metacognitiva interpersonale, l'insieme dei processi interpersonali che intercorrono tra terapeuta e paziente, sia nel contesto della "relazione reale" che si svolge nel qui ed ora, sia in quello della relazione transferale e controtransferale (Hill, Knox, 2009) in cui paziente e terapeuta sperimentano modelli relazionali ed emozioni derivanti dalle rispettive storie psicologiche. Una delle difficoltà nella cura dei disturbi di personalità è la formazione ed il mantenimento di una buona relazione terapeutica. I pazienti con DP tendono a costruire dentro di sé il terapeuta in base ad un set limitato e disfunzionale di schemi interpersonali, chiedono aiuto ma nelle loro aspettative il terapeuta sarà disinteressato, sprezzante, intrusivo, dominante o incapace, faticano a sviluppare un rapporto di fiducia o di cooperazione, temono di confidarsi, hanno difficoltà a riconoscere e comunicare le proprie emozioni, a descrivere i propri pensieri. Di fronte a queste caratteristiche del paziente con DP, il terapeuta potrebbe avere difficoltà a capire ed empatizzare e si potrebbe sentire facilmente disorientato, annoiato, distaccato o irritato (Di Maggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013).

I pazienti con Disturbo evitante di personalità hanno relazioni interpersonali problematiche, aspettative negative su come gli altri risponderanno ai loro desideri, si relazionano in modo impacciato, sottomesso e questo induce gli altri a reagire in modo negativo, rinforzando i propri schemi disfunzionali e peggiorando il loro funzionamento sociale. A causa della scarsa abilità metacognitiva non riescono a costruire punti di vista alternativi sulle relazioni in modo da cambiare le aspettative negative sulle stesse. Anche la relazione terapeutica è messa a rischio da tali schemi negativi interpersonali e dalla tendenza del terapeuta a reagire negativamente agli atteggiamenti agiti da questi pazienti.

È fondamentale, quindi, prestare una costante attenzione alle difficoltà nella relazione terapeutica per prevenire le rotture dell'alleanza terapeutica o per ripararle una volta avvenute (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

3.1 L'alleanza terapeutica

L'alleanza terapeutica è, per definizione, il contesto relazionale in cui terapeuta e paziente cooperano per raggiungere le mete della terapia (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016).

In ogni psicoterapia di pazienti con disturbo di personalità, il terapeuta deve avere come obiettivo l'alleanza terapeutica per tutta la durata della terapia e deve fronteggiare il problema della fragilità dell'alleanza, che si manifesta sia nella difficoltà a creare l'alleanza sia nella vulnerabilità della sua tenuta durante il corso della terapia. Con i pazienti con tendenza al ritiro la costruzione dell'alleanza non è affatto semplice ma è piena di difficoltà. Perris definiva "paziente difficile", in alternativa all'espressione fino a quel momento data, ovvero "paziente grave", proprio per sottolineare che la gravità fosse dovuta alla difficoltà del trattamento ed in particolare alle difficoltà di stabilire e mantenere un'alleanza terapeutica salda e stabile (Perris, 1993).

E' possibile individuare tre fattori che costituiscono l'alleanza terapeutica (Bordin, 1979):

- 1) Il legame affettivo, il bond, positivo tra terapeuta e paziente, che si esprime attraverso sentimenti di simpatia, stima e fiducia
- 2) Un accordo sugli scopi del trattamento
- 3) Un accordo sui compiti reciproci

Le rotture dell'alleanza possono riguardare ciascuno di tali fattori, comportando conseguenze diverse sulla relazione e sul trattamento (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016).

L'alleanza terapeutica è considerata tra gli elementi che maggiormente conducono al buon esito di una psicoterapia (Norcross, 2002; Horvath, Bedi, 2002; Martin, Garske, Davis, 2000). Risultano aspetti fondamentali ed efficaci l'abilità del terapeuta di comprendere l'esperienza soggettiva del paziente e di assumere nei suoi confronti un atteggiamento disponibile e non giudicante (Castonguay, Beutler, 2006)

In particolare con i pazienti evitanti che si sentono continuamente diversi in un mondo capace e critico, empatia, attitudine benevola e validazione dell'esperienza problematica del paziente assumono un ruolo importante nel trattamento. Infatti questo tipo di pazienti difficilmente si fidano del terapeuta, temendo di essere criticati a causa dell'attivazione degli schemi interpersonali dominanti. Di conseguenza l'attivazione di tali schemi interpersonali centrati sul senso di diversità ed inferiorità e le difficoltà di monitoraggio cognitivo possono rendere la mente del paziente opaca e poco comprensibile al terapeuta, con il rischio di poter confermare le rappresentazioni problematiche sé inadeguato e diverso/ Altro rifiutante.

Al terapeuta è richiesta la capacità di costruire una buona relazione di cura ed un clima cooperativo nel quale focalizzare il dialogo sull'identificazione degli stati mentali e degli schemi sé/

altro evitando di incorrere in rotture dell'alleanza o nella gestione errata dei cicli interpersonali che non consentono il progresso terapeutico, comportando anche il rischio di drop out (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

3.2 Il contratto terapeutico

La terapia cognitiva fonda gran parte dell'alleanza terapeutica sull'empirismo collaborativo sin dalle prime sedute. Il terapeuta formula con il paziente una valutazione condivisa del caso, spiegando le regole del setting e le modalità di trattamento. L'accordo su tali aspetti rappresenta il contratto terapeutico, che rappresenta un punto di riferimento, una cornice di regole coerenti con gli scopi condivisi, che risulta davvero utile qualora siano presenti schemi interpersonali rigidi e primitivi. È quindi utile stipulare un contratto proprio con quei pazienti che si suppone lo violeranno. La formazione di un autentico legame di fiducia è in buona parte legata alla chiarezza e all'aderenza della formulazione del caso e della spiegazione del trattamento. È importante nella formulazione del caso evitare un linguaggio specialistico ma utilizzare e valorizzare il modo in cui il paziente racconta le proprie esperienze. Possiamo individuare due funzioni principali del contratto terapeutico: creare le condizioni iniziali dell'alleanza terapeutica e fornire un punto di riferimento per la gestione sia dei momenti di flessione, descritti da Liotti e Monticelli (2014) come momenti minori di crisi nel rapporto terapeutico, che i momenti di rottura dell'alleanza terapeutica (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016).

3.3 Il clima in seduta

Un clima terapeutico di cooperazione è quel contesto nel quale l'esplorazione dei processi mentali è facilitata e le prestazioni metacognitive sono migliori (Liotti e Prunetti, 2010).

La qualità della relazione terapeutica è continuamente messa in pericolo a causa della tendenza del paziente evitante a sottrarsi alle relazioni, a non parlare di sé, ad avere difficoltà nell'individuare e nell'esprimere le proprie emozioni e pensieri, avendo anche una rappresentazione delle relazioni interpersonali negativa e rigida (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

In particolare la difficoltà ad identificare gli stati interni e la propensione a creare cicli interpersonali di estraneità favoriscono il distacco interpersonale e le difficoltà di comunicazione anche nella stessa relazione terapeutica.

E' utile prima di qualsiasi intervento favorire il miglioramento della consapevolezza della propria sofferenza emotiva e modulare la sensazione di estraneità e distacco che possono sperimentare i partecipanti alle relazioni terapeutiche (Di Maggio, Semerari, 2003).

È importante che il terapeuta mantenga la relazione terapeutica, il più possibile, all'interno di processi percepiti come cooperativi.

Un clima cooperativo può essere favorito adottando uno stile conversazionale basato su due tipi di interventi: l'uso del noi universale e la trasparenza delle intenzioni del terapeuta. Utilizzando il noi universale il terapeuta sottolinea il lato comprensibile ed universale dell'esperienza

disfunzionale del paziente, creando un clima di condivisione che è alla base della cooperazione ed un contesto interpersonale di sicurezza che riduce il timore di suscitare giudizi negativi o rifiuto.

Nel noi universale sono racchiuse tre tecniche della terapia cognitiva standard: validazione, condivisione e normalizzazione.

La trasparenza delle intenzioni del terapeuta è molto utile, in particolar modo, per i pazienti che hanno difficoltà nel comprendere la mente degli altri e consiste nell'esplicitare al paziente le ragioni per le quali si pongono delle domande o si fanno delle richieste specifiche.

Tali interventi rendono chiari gli obiettivi della terapia favorendo un clima di collaborazione (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016).

3.4 Regolare la relazione Terapeutica

Una buona relazione terapeutica non è solo un prerequisito per un trattamento efficace ma nel contesto psicoterapeutico ha delle funzioni ben precise. Utilizziamo la relazione come:

1) fonte di informazioni sul paziente: permette di riflettere sulle modalità con cui si relaziona al terapeuta e come quest'ultimo interagisce con lui.

2) strumento di cura, attraverso la regolazione della relazione terapeutica il paziente può essere aiutato nella comprensione degli stati mentali propri ed altrui, creando in questo modo le condizioni per il cambiamento.

3) Oggetto di cura: il paziente potrebbe vivere per la prima volta con il terapeuta una relazione benefica che gli potrebbe far scoprire nuove rappresentazioni di sé e dell'altro, libere dall'influenza degli schemi interpersonali disfunzionali.

4) Luogo di prevenzione del danno iatrogeno: il terapeuta evita che la relazione sia l'ennesima prova per il paziente che le relazioni con gli altri saranno frustranti, dolorose e fallimentari.

Nella terapia metacognitiva interpersonale (TMI) il terapeuta è addestrato ad identificare precocemente le difficoltà nella relazione, a prevenirle quando possibile, o una volta instaurate, a trasformare in occasioni di conoscenza reciproca (Di Maggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013).

La relazione terapeutica va regolata precocemente e durante tutto il trattamento. Il terapeuta si focalizza sul paziente, ed in particolare sui segnali comunicativi che si evincono dall'analisi del discorso e del comportamento non verbale, e manifesta attenzione ed empatia rispetto allo stato mentale che il paziente sta sperimentando in seduta (Di Maggio, Semerari, Carcione et al., 2007; Di Maggio, Carcione, Salvatore et.al, 2010; Semerari 2010).

È importante che il terapeuta faccia attenzione e riconosca le emozioni che il paziente gli procura con la consapevolezza che non sono reazioni oggettive ma modi soggettivi di interagire con quel paziente.

Il terapeuta che si occupa di disturbi di personalità ha necessità di una mente aperta e pronta a riflettere sulle proprie reazioni per fare in modo che arricchiscano la terapia piuttosto che ostacolarla.

Con alcuni pazienti la maggior parte dei terapeuti reagirebbe più o meno nello stesso modo; questo porta ad ipotizzare l'esistenza di cicli interpersonali specifici dei DP.

Con il paziente evitante è possibile che possano attivarsi in seduta alcuni cicli interpersonali disfunzionali nell'area dell'attaccamento/ dipendenza: il paziente ha bisogno di cure ed il terapeuta assume ruoli complementari di accudimento onnipotente, di abbandono e critica. Il terapeuta in alcuni momenti può sentirsi efficace ed in grado di curare il paziente, in altri, ed in particolare quando quest'ultimo non risponde alle cure, può sentirsi inefficace e quindi criticarlo per la sua incapacità e poca motivazione ad impegnarsi oppure può disinteressarsi del paziente dal quale si sente deluso. Il terapeuta, sentendo le richieste del paziente troppo eccessive, può rifiutare il paziente e distaccarsene sentendosi sfruttato ed esausto. È possibile che ci sia un'inversione di ruoli e che sia il terapeuta a sentirsi abbandonato rifiutato e trascurato quando il paziente non aderisce alla terapia, non va in seduta o non risponde al trattamento.

Un altro ciclo che potrebbe attivarsi si svolge nell' area di agonismo, sfida e rango sociale: il paziente desidera apprezzamento, riconoscimento, valore personale mentre il terapeuta può criticarlo, considerando realistiche le sue stesse autoaccuse rispetto alla propria inadeguatezza.

Un tipico ciclo disfunzionale che interessa il DEP è quello della distanza reciproca/disinteresse. Il paziente non riesce a coinvolgere il terapeuta, che si annoia, non comprende il paziente, non ne coglie lo stato emotivo e di conseguenza perde interesse. Il paziente si accorge del disinteresse del terapeuta e questo contribuisce a rinforzare l'immagine di sé come persona non amabile e priva di valore inducendolo a chiudersi ulteriormente.

Possiamo individuare cicli nell'area del bisogno di autonomia e agency: quando il paziente agisce in modo indipendente, rispetto a quanto concordato in terapia, il terapeuta può sentirsi sfidato e di conseguenza diventare controllante, ostacolando l'autonomia del paziente oppure può preoccuparsi perché percepisce il paziente fragile e vulnerabile. Se il terapeuta mostra la sua preoccupazione per l'autonomia del paziente andrà a rinforzare uno schema patogeno ed attiverà un ciclo interpersonale.

Nella TMI il lavoro sulla relazione inizia prima della prima seduta, già i primi scambi al telefono, quando il paziente chiede un appuntamento, sono motivo di riflessione.

I parametri per calibrare gli interventi sulla relazione sono: la conoscenza del funzionamento del paziente da parte terapeuta, la propria esperienza clinica, la conoscenza che ha di sé e le abilità metacognitive possedute dal paziente.

Il terapeuta, se non ha ancora chiari gli schemi interpersonali del paziente ed i cicli che si attivano in seduta, compie degli interventi di validazione e di modulazione del proprio stato interno, per permettere al paziente di sentirsi accettato e per evitare l'attivazione di problemi relazionali (Di Maggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013).

La validazione continua per tutta la terapia, di fronte ad un paziente evitante che critica la propria vergogna il clinico può sottolineare come vergognarsi e sentirsi fragili siano aspetti universali presenti in tutti gli essere umani (Safran, Muran, 2000; Semerari, 2010).

Quando il terapeuta ha compreso gli schemi interpersonali del paziente potrà evitare di entrare nel ciclo interpersonale problematico o, uscirne velocemente, grazie ad una valutazione del proprio ruolo nello schema.

Il lavoro sulla relazione non può non tener conto delle abilità metacognitive del paziente perciò se quest'ultimo possiede capacità limitate nel comprendere ciò che accade in seduta, il terapeuta spiegherà le ragioni dei suoi interventi per aiutarlo a capire i contenuti mentali del terapeuta stesso, se invece si è di fronte ad un paziente con un livello metacognitivo più elevato si potrà formulare degli interventi ad alta voce in cui poter riflettere su che tipo di pattern complesso si sia attivato in seduta e sulle modalità per uscirne, si potrà riflettere sullo stato emotivo che il paziente sperimenta a seguito di un intervento aprendo un dialogo sul problema esposto.

Terapeuti esperti possono mettere spesso in atto interventi di autosvelamento o self- disclosure, nei quali raccontano episodi simili a quelli vissuti dal paziente con il fine di favorire un clima di condivisione. Tale tipo di intervento va distinto dal modeling, poiché non è finalizzato a dare soluzioni rispetto a come affrontare un problema ma a far comprendere al paziente come il terapeuta abbia sperimentato nella propria vita qualcosa di simile ed abbia visto il mondo in modo analogo al suo. È importante che il terapeuta faccia delle previsioni sulle reazioni del paziente ai propri racconti e sia in grado di modulare l'intervento sulla base del feedback del paziente in seduta. In TMI il terapeuta ed il paziente riflettono sulla relazione terapeutica, su ciò che accade, se il terapeuta nota che il clima in seduta è anche minimamente problematico invita il paziente a parlare liberamente di quanto sta accadendo. Questo tipo di intervento permette al paziente di sentirsi libero di esprimersi e riduce la vergogna o il timore di giudizio negativo o di danneggiare il terapeuta nel momento in cui sente la necessità di esprimere dubbi o perplessità rispetto alla terapia (Di Maggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013).

3.5 Condizioni generali nel trattamento del DEP

Un aspetto centrale del disturbo evitante di personalità è la sensazione dolorosa di non riuscire a condividere l'esperienza con gli altri e ad appartenere ai gruppi.

Ciò che più compromette il funzionamento mentale è il deficit di monitoraggio metacognitivo, che incrementa il senso di diversità e di inadeguatezza, diminuendo le possibilità di instaurare relazioni sociali.

La difficoltà ad identificare i propri stati mentali e la tendenza a creare cicli interpersonali di estraneità alimentano il distacco interpersonale e le difficoltà di comunicazione anche nella relazione terapeutica. Per tale ragione è fondamentale nella prima fase della terapia identificare e modulare la sensazione di estraneità e distacco che interessa i partecipanti della relazione terapeutica. Di conseguenza in questa fase una corretta gestione dei cicli interpersonali sarà mirata

ad incrementare l'esperienza condivisa tra paziente e terapeuta piuttosto che la consapevolezza del paziente dei propri processi disfunzionali. La condivisione dell'esperienza sarà l'obiettivo iniziale principale in quanto ridurrà il rischio che il terapeuta, un estraneo per il paziente, venga percepito come critico e giudicante ed aumenterà il senso di sicurezza.

Successivamente sarà possibile incrementare le capacità del paziente di monitoraggio metacognitivo e quindi di riconoscere i propri stati interni e metterli in relazione con i contesti e le situazioni relazionali.

Inoltre si potrà intervenire per migliorare la capacità del paziente di decentrare, in quanto se tale abilità non migliora, le intenzioni altrui restano oscure, giudicanti, confermate da cicli interpersonali che incrementano il senso di inadeguatezza e non appartenenza (Di Maggio, Semerari, 2003).

La TMI ha sviluppato una serie di tecniche specifiche e di modalità di lavoro sulla relazione terapeutica atte a promuovere la metacognizione, considerando le difficoltà metacognitive una barriera per il trattamento (Di maggio, Montano, Popolo e Salvatore, 2013).

Il senso soggettivo di estraneità e diversità si attenua attraverso la conoscenza della mente degli altri e della nostra stessa mente, conoscenza che ci consente di comprendere ciò che vi è di comune.

Il senso di appartenenza ad un gruppo si sperimenta quando percepiamo di vivere con gli altri membri del gruppo aspetti mentali fondamentali come interessi, valori, esperienze che caratterizzano il gruppo (Carcione, Nicolò, Semerari, 2016).

Nel momento in cui le abilità di monitoraggio e di decentramento saranno state incrementate e sarà stata stabilita una relazione terapeutica si potranno mettere in atto interventi mirati a modificare i cicli interpersonali e gli schemi che li sostengono.

È importante favorire il miglioramento delle abilità sociali del paziente e della gestione dei propri stati mentali problematici (Di Maggio, Semerari, 2003).

Una volta che il paziente sarà diventato consapevole delle rappresentazioni di sé e degli schemi interpersonali disfunzionali, il terapeuta lo incoraggerà ad esporsi alle situazioni sociali temute per favorire l'instaurarsi di nuove modalità di interazione con gli altri (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

Lo scopo della terapia è permettere al paziente di sentirsi più vicino e partecipe alla vita con gli altri con meno sofferenza emotiva e distacco (Di Maggio, Semerari, 2003).

Conclusioni

Il paziente evitante tende ad avere una rappresentazione di diversità ed estraneità stabile, da cui deduce un rifiuto certo da parte degli altri, una percezione di distanza interpersonale che sperimenta da sempre, in modo più o meno doloroso, e con la quale si confronta quotidianamente.

Tale senso di esclusione incrementa quel senso di inadeguatezza che ha sempre caratterizzato le sue relazioni ed il timore di giudizio altrui.

La sensazione di distanza interpersonale viene sperimentata dall'evitante anche nella relazione terapeutica.

Una corretta gestione della relazione terapeutica è tra i fattori con maggiore e provata efficacia in psicoterapia ed è ritenuto indispensabile in tutti i pazienti con disturbi di personalità (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

Qualità del terapeuta necessarie per trattare pazienti con disturbi di personalità sono: flessibilità, attenzione, empatia, capacità di formulare il caso con sensibilità ed accuratezza, tolleranza della frustrazione, capacità di riflettere e lavorare sulle proprie vulnerabilità per evitare di contribuire alle rotture relazionali, capacità di cambiare strategia con l'evolversi della terapia. Formare e mantenere una buona relazione terapeutica è una delle principali difficoltà nella cura dei disturbi di personalità (Di Maggio, Montano, Popolo, Salvatore, 2013).

Difficilmente il paziente evitante darà subito fiducia al terapeuta a causa del timore di essere criticato, inoltre le difficoltà metacognitive renderanno difficile l'individuazione di informazioni necessarie alla costruzione di un buon livello di condivisione.

Al terapeuta perciò spetta un duro lavoro per costruire una buona relazione di cura e per creare un clima cooperativo, nel quale focalizzare il dialogo sull'identificazione degli stati mentali e degli schemi sé/altro, evitando rotture dell'alleanza e facendo attenzione ai cicli interpersonali, che se mal gestiti impediscono il progresso terapeutico ed aumentano il rischio di drop out (Procacci, Popolo, Marsigli, 2011).

Bibliografia

- Akhtar, S., (1986), *Differentiating schizoid and avoidant personality disorders (letter to editor)*, in <<American Journal of Psychiatry>>, 143, pp. 1061-1062.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association. Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV – TR edizione. Milano: Masson, 2001.
- APA - American Psychiatric Association, 2014. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Bech, M., Elklit, A., Simonsen, E., 2015. *Autobiographical memory in borderline personality disorder. A systematic review*, in <<Personal Mental Health>>, 9(2), pp.162-171.
- Bordin, E.S., (1979) *The Generalizability of psychoanalytic concept of working alliance*, in <<Psychotherapy>>,16,pp.252-260.
- Carcione, A., Falcone, M. (1999), *Il concetto di metacognizione come costruito clinico fondamentale per la psicoterapia*, in A. Semerari (a cura di). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Carcione A., Falcone M., Magnolfi G., Manaresi F. (1997), *La funzione metacognitiva in psicoterapia: Scala di Valutazione della Metacognizione (SVaM)*, in «Psicoterapia», 9, pp. 91-107.
- Carcione, A., Falcone, M., Magnolfi, G., Manaresi, F., 1997, *La funzione metacognitiva in psicoterapia. scala della valutazione della metacognizione (SVaM)*, in <<Psicoterapia>>, 3, pp. 91-107.
- Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A. (1999). *Deficit di rappresentazione degli scopi*. In Semerari A.(ed.) *Psicoterapia Cognitiva del paziente Grave*, Cortina, Milano.
- Carcione, A., Nicolò, G., Semerari, A., *Curare i casi complessi, La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*, 2016, Editori Laterza, Bari.
- Castonguay, G., Beutler, L.E., (2006) (a cura di), *Principles of Therapeutic Change That Work*. Oxford University Press, New York.

- Dahl, A.A., 1996, *The relationship between social phobia and avoidant personality disorder : workshop report 3*, in << International Clinical Psychopharmacology>>, 11,3, pp.109-112.
- Di Maggio, G., Carcione,A., Salvatore, G., Semerari, A., Nicolò,G.(2010), “A Rational Model for Maximizing the Effect of Regulating Therapy Relationship in Personality Disorders” In *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, pp. 363-384.
- Di Maggio, G., Carcione, A., Semerari, A., Marraffa, M., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M.(2001) *Modelos de mantenimiento de los trastornos de personalidad*. Revista de Psicoterapia, 45,pp.5-20.
- Di Maggio, G., Montano, A., Popolo, R., Salvatore, G., 2013, *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Di Maggio, G., Nicolò, G., Semerari, A., Carcione, A., Falcone, M., Pontalti, I., Procacci M. (2000), *Stati mentali discreti e narrazioni. Come variano nel corso del processo psicoterapeutico?*, in «Quaderni di Psicoterapia Cognitiva», 6.
- Di Maggio, G., Procacci, M., & Semerari, A. (1999). *Deficit di condivisione e di appartenenza*. In: A. Semerari (a cura di), *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*, pp. 231-279. Milano: Raffaello Cortina.
- Di Maggio, G., Semerari, A., (a cura di) (2003), *I disturbi di personalità. Teoria e modelli*. Laterza, Roma-Bari.
- Di Maggio, G., Semerari,A., 2003 (a cura di) *I disturbi di Personalità. Modelli e trattamento. Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali*. Laterza, Roma-Bari.
- Di Maggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., Procacci, M., (2007), *Psychotherapy of Personality Disorders: metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*, Routledge,London
- Falcone, M., Marraffa, M., Carcione, A., (2003). *Metarappresentazione e psicopatologia*. In: Di Maggio G. e Semerari A. (a cura di). *I disturbi di personalità. Teoria e modelli*. Laterza, Roma-Bari.
- Hill, C.E., Knox, S., (2009), “*Processing the therapeutic relationship*”. In *Psychotherapy Research*,19, pp.13-29.
- Horowitz, M.J. (1987), *States of mind. Configurational analysis of individual psychology, 2*” ed., Plenum Press, New York.
- Horvath,A.O., Bedi, R.P., (2002), “*The alliance*”. In Norcross.J.C., (a cura di), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford University Press, New York, pp.37-69.
- Liotti.G., & Monticelli,F.(2014). *Teoria e clinica dell’Alleanza Terapeutica. Una prospettiva cognitiva - evolutivista*, Cortina Editore, Milano.
- Liotti, G., Prunetti, E., 2010. *Metacognitive deficits in trauma-related disorders: contingent on interpersonal motivational contexts?*, in Di Maggio, G., Lysaker P.H., *Metacognition and Severe Adult Mental Disorders: From Research to Treatment*, Routledge London.
- Livesley, W.J., Jang, K.L., 2000. *Toward an empirically based classification of personality disorders*, in <<Journal of Personality Disorders>>, 14, pp.137-151.
- Martin, D.J., Garske,J.P., Davis,M.K., (2000), “ *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: Ameta-analytic review*”. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 3,pp. 438-450.
- Mc Adams, D.P., 2001. *The psychology of life stories*, in <<Review of General Psychology, 5, pp. 100-122.
- Millon, T. , & Davis, R. (1996). *Disorders of personality. DSM IV and beyond*. New York: Wiley.
- Norcross,J.C., (2002) (a cura di), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford University Press, New York.
- Perris, C,1993. *Psicoterapia del paziente difficile*, Métis, Lanciano.
- Procacci, M., Di maggio, G. & Semerari, A.(2001). *El trastorno de Personalidad por Evitacion de la psicoterapia descriptiva a un modelo de mantenimiento del trastorno*. Revista de Psicoterapia, 45,93-116.
- Procacci, M., & Popolo, R. (2003). *Il Disturbo Evitante di Personalità: il dolore di non appartenere*. In Dimaggio G., & Semerari A. *I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento*. Roma: Editori Laterza.
- Procacci, M., Popolo, R.,Marsigli, N., *Ansia e ritiro sociale. Valutazione e trattamento*, 2011, Raffaello cortina Editore.
- Procacci, M., Popolo, R., Vinci,G., Semerari, A., Carcione, A., DI Maggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Pontalti, I., Alleva, G., 2000, *Stati mentali e funzioni metacognitive nel disturbo evitante di personalità: studio su caso singolo*, in <<Ricerca in Psicoterapia>>,3,1,pp.66-89.

- Procacci, M., Popolo, R., Petrilli, D., Vinci, G., Semerari, A., 2002. *La Psicopatologia del Disturbo Evitante di Personalità e della Fobia Sociale: studio su casi singoli ed analisi comparativa dei profili metacognitivi dei due disturbi*, in << Psichiatria e Territorio >>, vol.XIX, 1, pp.23-34.
- Procacci M., Semerari A. (1998), *Il senso di non appartenenza e non condivisione in alcuni disturbi di personalità: modello clinico ed intervento terapeutico*, in «Psicoterapia», 4, 12, pp. 39-49.
- Safran J., Muran, J. C.,(2000). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Tri t. Laterza, Roma-Bari 2003
- Safran J.D., Segal Z., (1990), *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. Basic Books, New York. Tr.It. il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva, Feltrinelli Milano, 1994.
- Semerari, A., (2010). *“L’impatto delle disfunzioni metacognitive nei disturbi di personalità sulla relazione terapeutica e sulla tecnica del colloquio”* Tr.it. in Di Maggio, G.,Lysaker,P.H., (a cura di), *Metacognizione e psicopatologia. Valutazione e trattamento*. Raffaello Cortina, Milano 2011.
- Semerari, A., Carcione, A., Di Maggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., Alleva, G., Mergenthaler, E., 2003, “ *Assessing Problematic States inside Patient’s Narratives. The Grid of Problematic Conditions*” in *Psychotherapy Research*, 13, 3, pp. 337-353
- Spinhoven, P., Bamelis, L., Molendijk, M., Haringsma, R., Arntz,A., 2009. *Reduced specificity of AM in cluster C personality disorders and the role of depression, worry and experiential avoidance* , in << Journal of Abnormal Psychology >>,118, pp. 520-530.
- Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W., Cadoret, R., 1998. *The co-occurrence of DSM-III-R personality disorders*, in <<Journal of Personality Disorders>>, 12, pp.302-315.
- Taylor, C.T., Laposa, J.M., & Alden, L.E. (2004). *Is avoidant personality disorder more than just social avoidance?* *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 571-594.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. (1992). *Social phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and avoidant personality disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 326-331
- Widiger, T.A & Sanderson, C.J. (1995). *Towards a Dimensional Model of Personality Disorders*. In W.J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV Personality Disorders* (pp. 433-458), New York: Guilford Press.

**Roberta di Lernia, Psicologa, Psicoterapeuta Specializzata in
Psicoterapia Cognitiva, AIPC Bari**

training Saliani A., Semerari A.

e-mail: dott.ssarobertadilernia@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

Elio: caso di disturbo narcisistico di personalità covert

Alessia Del Moro

Scuola di Psicoterapia Cognitiva - Grosseto

Riassunto

Questo è il caso di Elio, ragazzo di 30 anni, che inizialmente viene inviato dall'MMG per una deflessione dell'umore. Con l'inizio della Psicoterapia emerge come questa deflessione dell'umore sia secondaria ad un disturbo di personalità narcisistico di tipo covert. In conseguenza alle restrizioni vissute a causa del COVID 19, Elio non può più compensare il suo timore di apparire inadeguato all'altro attraverso le attività sportive. Il lavoro fatto con questo paziente ha integrato tecniche cognitive comportamentali per la gestione della sintomatologia depressiva e Schema Therapy per il lavoro sui cicli interpersonali.

Parole Chiave: Disturbo narcisistico di personalità

Elio: a case of covert narcissistic personality disorder

Summary

The aim of the present study is to present the clinical case of Elio, 30-years-old man, who has been referred by the family physician for a mood deterioration. Through the course of psychotherapy it emerges how this mood deterioration was triggered by a narcissistic personality disorder, covert type. As a result of the restrictions experienced due to COVID 19, Elio can no longer compensate through sports activities his fear of appearing inadequate to others. The work done with this patient integrated cognitive behavioral techniques for the management of depressive symptomatology and Schema Therapy for interpersonal cycles.

Key words: narcissistic personality disorder

Descrizione del problema

E ha 30 anni, figlio unico, impiegato in uno stabilimento chimico e appassionato di motocross, vive da solo nello stesso stabile dei genitori. Mi viene inviato dall' MMG per una forte deflessione dell'umore in essere da settembre 2020. In prima visita appare ben orientato nel tempo e nello spazio, curato nell'abbigliamento e mantiene una postura adeguata alla situazione. L'eloquio è fluente e risulta molto verboso, ha difficoltà a rispettare i turni della conversazione e appare decisamente diffidente.

Durante la fase anamnestica il paziente riporta di sentirsi fortemente depresso, di avere crisi d'ansia, difficoltà di concentrazione, di sentirsi solo, poco considerato e valorizzato dall'altro e di nutrire scarsa fiducia in se stesso. Spesso si sente molto triste e privo di energie, racconta di avere

Alessia Del Moro., Elio: un caso di DNP covert, N. 28, 2021, pp. 76-92

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

difficoltà ad addormentarsi e di aver perso interesse per molte attività che prima aveva piacere a svolgere.

Questo calo dell'umore è iniziato a giugno 2019 quando è stato lasciato dalla ragazza, il pz riferisce di esser però riuscito a gestire le sue emozioni compensando con ottimi risultati nel motocross, sport nel quale trovava grande soddisfazione poiché si sentiva bravo e al contempo anche i compagni di gruppo lo riconoscevano come bravo, “durante l'estate ho avuto molti successi in moto, se ne sono accorti tutti e anche io lo vedevo”.

Con l'avvento del primo lock down la situazione precipita di nuovo perchè non può più andare in moto, “cercavo di allenarmi in casa ma mi scendevano le lacrime perchè mi sentivo rinchiuso e triste”.

A questa condizione di isolamento si aggiunge anche l'isolamento a lavoro, E in qualità di pompiere ausiliario dello stabilimento è costretto ad un isolamento più rigido rispetto ai colleghi.

Il pz afferma di viverci questa condizione come un'ingiustizia, “fammi capire, quando io in tutti questi anni ho fatto segnalazioni e proposte per cambiare in meglio il piano sicurezza non mi hanno mai considerato, e ora invece devo stare segregato? secondo loro sono di vitale importanza solo quando gli pare a loro?”.

A fine settembre, al ritorno dalle vacanze, discute gravemente con gli amici a causa del Covid e del loro timore che lui possa veicolare il virus nelle situazioni conviviali, essendo stato in vacanza in una zona molto rischiosa. Questa discussione ha portato il pz a sentirsi denigrato e di conseguenza a prendere le distanze dal gruppo di amici.

Con l'avvento della seconda ondata di Covid, la condizione di isolamento lavorativo si inasprisce ulteriormente a causa del particolare ruolo che ricopre, essendo un pompiere ausiliario dello stabilimento le indicazioni per l'isolamento risultano più ferree. Non sono più ammesse pause fuori dal suo ufficio, gli viene vietato l'ingresso nell'area caffetteria, la pausa pranzo in mensa deve necessariamente esser fatta in un momento diverso dal resto dei colleghi. La sensazione di ingiustizia aumenta, “mi usciva la rabbia da tutti i pori, ma ti rendi conto? Tutti a mensa a ridere e scherzare e io murato dentro il mio ufficio. Tanto quando sono andato in bagno gli ho visti sai? Ci sono andato apposta mentre loro pranzavano, tutti senza mascherina e belli felici e contenti. Se ci possono stare loro ci posso stare anche io no?”, in un momento di rabbia il pz ha ribaltato la scrivania dell'ufficio rompendo vari componenti elettronici.

Il pz racconta che questi acting a volte capitavano anche a casa, in momenti di attivazione rabbiosa è capitato che prendesse a pugni il muro o le porte. (non ho mai notato particolari segni sulle mani).

Il paziente racconta di sentirsi spesso inadeguato e difettoso, lui stesso afferma di sentirsi un disabile fisico.

Sulla relazione con l'altro il pz riporta di sentirsi diverso, sempre in difetto, “non mi sento mai cercato da nessuno, gli amici se non scrivo io non è che mi scrivono”. Sente che alcune persone lo invidiano per il suo benessere economico, ma in realtà lui non si sente così fortunato perchè dentro sta male e non si gode quello che ha. Afferma di tollerare poco le critiche perchè spesso le sente irragionevoli.

Dopo qualche colloquio emerge anche come il paziente si senta senza speranza e destinato a soffrire per sempre “non vedo via d'uscita, forse me lo merito, sono destinato a soffrire per sempre”, vive una sensazione di fallimento e vuoto rispetto alla sua esistenza.

Il pz racconta di avere un rapporto difficile con i genitori, “mamma da sempre ha cercato di correggermi, come se fossi difettoso, c'è stato un periodo in cui mi chiamava manine di cartone perchè ho le mani piccole oppure mi veniva vicina per raddrizzarmi la schiena o gli alluci, mi voleva proprio modificare”, descrive questo atteggiamento della madre come un accanimento che lo ha sempre fatto sentire nato male.

“ lo dovrebbe capire da sola che se una cosa mi innervosisce, potrebbe evitare di parlarne! io per evitare di innervosirmi evito mia madre, voglio dire, sei una donna intelligente, sei anche laureata, come fai a non arrivarci? A volte penso davvero che sia stupida”.

Mi racconta anche che lo fa innervosire molto il modo che la madre ha di fargli regali, non compra mai cose che piacciono a lui ma cose secondo lei utili (shampoo anticaduta) oppure abiti che piacciono alla madre “ la mia mamma fa dei regali al bambino difettoso”.

Del padre racconta che spesso si trovano a discutere perchè si impone e non lo lascia libero di fare le sue scelte, lo fa sentire un ragazzino incapace e non un uomo adulto, in particolare attualmente le discussioni più accese nascono per via della casa che stanno ristrutturando. Di lui dice “ mi deve sempre dare contro, ogni cosa che dico non va bene, volevo prendere un mutuo per ristrutturare la cucina e il bagno e invece no! Il mi babbo vuole fare come gli pare a lui e non si ristruttura. Ma chi ci deve vivere io o lui?”

Al momento frequenta una ragazza ma ci tiene a specificare che è una relazione solo sessuale, “lei per me è più un passatempo, non è la donna per me, è una ninfomane, lo sanno tutti!, lei stessa si definisce così! É una un po' problematica, una scemetta, lo dicono anche i miei amici”.

Dopo qualche mese dalla presa in carico il paziente ha mostrato ideazioni suicidarie a seguito di una discussione con il suo allenatore, il quale ha mostrato titubanza rispetto al percorso di terapia che il paziente sta facendo. Il pz ha vissuto la critica come una svalutazione delle sue decisioni e quindi una svalutazione di lui come persona.

Test somministrati: MMPI, Core-om. Il pz presenta una sintomatologia depressiva subclinica al momento della presa in carico.

E' possibile ipotizzare che tale sintomatologia si sviluppi secondariamente ad un Disturbo Narcisistico di Personalità tipo Covert soddisfacendo i seguenti criteri DSM 5:

Mancanza di empatia: è incapacità di riconoscere o di identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri.

Invidia verso gli altri e idea che gli altri lo invidino.

Mostra una sensazione di privilegio

Bisogno di essere incondizionatamente ammirato

Sfruttamento degli altri per raggiungere i propri obiettivi

Presenza di comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi.

Presenza di fantasie di successo e potere

Covert : Inibito, vulnerabile, ipersensibile alle critiche, ha paura del rifiuto, prova spesso vergogna e imbarazzo, sente sempre un'enorme distanza tra sé e gli altri. Temendo di essere visto come inadeguato si mostra e fa cose eccezionali.

Storia clinica: ha effettuato un solo primo colloquio con una collega, quando aveva 17 anni, “non mi sono trovato bene e ho smesso”.

Profilo interno del disturbo

Scopi credenze	<p>L' antiscopo che guida il pz è quello di non essere riconosciuto come inadeguato (tema esistenziale valore personale), <i>se l'altro mi approva non sono inadeguato</i>, questo porta E ad assumere il punto di vista dell'altro come metro di giudizio per correggere i suoi presunti difetti. Deduce quindi il suo valore personale sulla base di come l'altro lo riconosce.</p> <p>A sostegno di questo utilizza una serie di scopi strumentali atti a perseguirlo.</p> <p>Lo scopo strumentale prossimale è quello che nascondere l'inadeguatezza, non</p>
----------------	---

	<p>mostrarla.</p> <p>Tra gli scopi strumentali è possibile individuare la necessità di mostrarsi e fare cose eccezionali, mostrarsi <i>un ganzo</i>, un atteggiamento arrogante e di sfida nei confronti dell'altro,</p> <p>la tendenza a svalutare, sminuire e disprezzare, avere potere sull'altro e assoggettare per non essere assoggettato perchè, essere assoggettato, equivale per lui ad essere difettoso.</p> <p>In alcune occasioni si mostra come estremamente attento e disponibile nei confronti dell'altro per dimostrare un grande valore.</p> <p>Questo meccanismo crolla nel momento in cui il paziente si sperimenta come debole e vulnerabile o a causa della troppa dipendenza dall'opinione dell'altro o a causa del repentino venir meno delle attività che gli permettono di ipercompensare.</p> <p>Quando il pz non riesce a mantenere gli alti standard autoimposti si attiva un senso di fallimento che porta ad una sintomatologia depressiva, ad esempio non riuscendo più ad allearsi come prima del Covid si sperimenta come incapace:</p> <p><i>“mi rattrista il timore di non essere in grado di allenarmi per bene, non so se sto eseguendo correttamente gli esercizi. Mi metto lì e mi scendono le lacrime, mi sento incapace, non capisco se faccio bene o faccio male, non tornerò più come prima”.</i></p> <p>Durante la seconda ondata di Covid sul posto di lavoro insorgono nuove restrizioni e il pz inizia ad avere degli importanti agiti di rabbia che lo portano ad una convocazione da parte dei superiori per sincerarsi del suo stato emotivo. A seguito di questa convocazione il pz racconta anche ai colleghi come si sente e parla del suo percorso di psicoterapia.</p> <p>Da un collega in particolare E rimane molto ferito:</p> <p><i>“ho parlato a viso aperto dei miei problemi a L, da uno come lui mi aspettavo comprensione, invece mi ha detto che se continuo a fare così carriera non la farò mai. Mi sono sentito un fuoco dentro, ma come? Proprio te? Bel sindacalista di merda ho pensato. Mi ha fatto incazzare parecchio, ma la cosa che mi ha fatto incazzare ancora di più è che me ne sono andato senza rispondere, senza ribattere”.</i></p>
<p>Schema therapy</p>	<p>La parte vulnerabile del pz vede come principale bisogno frustrato quello di accettazione incondizionata e bisogno di empatia, probabilmente a seguito di uno stile genitoriale estremamente esigente, nel quale E non veniva visto nei suoi bisogni ma solo in funzione di altri standard da raggiungere, <i>difetti da correggere</i>.</p> <p>Questa parte vulnerabile si presenta nei momenti in cui il pz non riesce a sostenere gli alti standard auto imposti, attivando quindi un senso di fallimento e una sintomatologia depressiva.</p> <p>Quando invece non si sente compreso nel suo bisogno, il pz reagisce con attivazioni</p>

rabbia calda che lo portano a mettere in pericolo se e gli altri. (bambino arrabbiato)
Quando il pz si trova a relazionarsi con altre persone si mostra come eccezionale, distaccato, presuntuoso e cerca di imporsi sull'altro, al fine di non farsi inquadrare dall'altro come inadeguato e difettoso come lui teme di essere.

Coping ipercompensazione: il pz tende ad auto sacrificarsi al fine di essere approvabile agli occhi degli altri, porsi standard eccessivi per arrivare a fare cose grandiose, (fare uno sport estremo, avere una macchina costosa e vistosa, fare cene per gli amici nelle quali cucina pietanze super elaborate) e tenta con tutte le sue forze di fare cose socialmente approvabili dagli altri.

Molto spesso adotta uno stile svalutante e disprezzante nei confronti dell'altro finalizzato a rendere meno impattanti le ipotetiche critiche o i successi altrui, parlando di una ragazza della palestra dice *“ è una bella donna per carità, ma è proprio stupida, e a me la gente stupida mi da noia. Cioè s'è fatta fregare una marea di soldi dal suo ex, ha perso diverse case in Cile, è proprio una deficiente. Io con questa gente non ci voglio avere nulla a che fare”*.

Racconta anche che in passato si accaniva particolarmente con chi era più *outsider* di lui

“ si cioè se nel gruppo c'era uno sfigato io mi ci accanivo, non lo invitavo alle cene, lo escludevo. Per una volta mi faceva sentire dalla parte dei carnefici.”

In alcuni casi il paziente si mostra come bisognoso di aiuto, quasi cercando di manipolare l'altro, accentuando notevolmente la sua sofferenza con lo scopo di ingentilire e prevenire una possibile critica sul suo operato.

“mi rendo conto che a volte esagero, lo facevo anche con la mi mamma, se mi vedeva che stavo male, tipo febbre o cose così, mi lasciava stare e non mi rompeva le palle”.

Coping di resa: Il senso di fallimento e inadeguatezza prendono il sopravvento, la resa si manifesta con il paziente che minaccia il suicidio percependo un senso di vuoto.

Più in generale la resa si presenta nel momento in cui si sperimenta come fallace, debole o inadeguato.

Coping di evitamento: il paziente si isola dagli amici, mette in atto evitamenti ad esempio dall'allenamento, mette in atto condotte di auto consolazione chiudendosi in bagno con il phon acceso puntato contro il corpo al fine di allontanare l'attivazione emotiva di tristezza e il senso di fallimento, concentrandosi sulla sensazione fisica del calore per allontanare la voce critica.

Questi coping risultano disfunzionali poiché spesso il pz valuta gli stessi in modo

	<p>negativo. La sua parte critica lo porta inoltre a demonizzare se stesso poiché <i>troppo dipendente dall'opinione dell'altro</i>, le critiche si accedono anche quando si rende conto di non riuscire a sostenere gli alti standard auto imposti.</p> <p>L'adulto sano è la parte del paziente che ha chiesto di iniziare il percorso terapeutico e che continua a venire in terapia nonostante le difficoltà che incontra.</p>
--	--

Fattori e processi di mantenimento

<p>Evitamento e valutazione secondaria dell'evitamento stesso</p>	<p>E evita qualsiasi cosa possa compromettere l'immagine di <i>ganzo</i> che vuole rimandare all'altro. (ad es. <i>evita di andare in palestra per evitare che gli altri si accorgano che non è più in forma come prima</i>)</p> <p>Evita altresì attività nelle quali non si sente più adeguato come in passato. (ad es. <i>evita l'allenamento in casa perchè percepisce molta fatica che prima non sentiva</i>). Ma successivamente valuta secondariamente questi evitamenti come la prova tangibile della sua inadeguatezza (ad es. <i>se non riesco ad allenarmi allora è vero che sono inadeguato</i>).</p> <p>Evita stati emotivi spiacevoli e mette in atto auto consolazione per evitare stati mentali indesiderati mantenendo così il suo timore di inadeguatezza</p>
<p>Attenzione selettiva</p>	<p>È alla costante ricerca di segnali che confermino il suo senso di inferiorità</p>
<p>Cicli interpersonali</p>	<p>Il pz al fine di sentirsi adeguato e contrastare il senso di inadeguatezza mostra volontariamente le sue qualità e il suo essere eccezionale → l'altro non riconosce le qualità → il pz prova rabbia e si isola → conferma del timore di essere inadeguato</p> <p>Svaluta l'altro con disprezzo per non essere sottomesso → l'altro si ritira dalla relazione oppure attacca → tristezza e conferma dell'idea di non essere considerabile o di essere attaccabile e quindi inadeguato</p>

Scompenso ed esordio

Nei mesi precedenti all'esordio E ha interrotto una relazione che durava da circa 3 anni, giugno 2019, la sua idea è che la ex ragazza lo abbia sempre criticato perché *persona privilegiata*, proveniente da una famiglia benestante. A detta del pz, l'idea di persona privilegiata avrebbe portato la ex ragazza a non empatizzare sufficientemente con lui per comprendere il suo carattere e questo avrebbe portato la ex a lasciarlo definitivamente, si è sentito scartato e svilito nel valore personale e quindi inadeguato.

Successivamente si è trovato costretto a dover interrompere il motocross a causa del lock down, attività finalizzata ad ipercompensare la percezione di sé come difettoso.

Non avendo più elementi positivi su cui basare la propria idea di sé e vivendo uno stato di progressivo isolamento sociale, aspetto che ha peggiorato lo stato di fallimento del pz perché si è sentito ulteriormente ridimensionato.

Vulnerabilità

Vulnerabilità storica: la madre estremamente accudente può aver influito negativamente allo sviluppo dell'idea che E ha di se stesso, in particolare E sente di esser stato visto dalla madre solo sulla base dei difetti da correggere. Sono molti infatti gli specialisti che il pz ha incontrato durante la sua infanzia (odontoiatra per riallineamento, podologo per alluce valgo, ortopedico per lieve scoliosi, logopedista)

La critica della madre veniva però sospesa nel momento in cui il pz stava male, ad esempio per un'influenza.

Anche la relazione con il padre sembra aver contribuito alla vulnerabilità del pz, E racconta infatti che il padre è sempre stato abbastanza rigido, ha sempre lasciato poco spazio alle idee del pz, molto spesso sminuendole a favore delle sue.

I rapporti con i pari alla scuola primaria e secondaria di primo grado, possono aver contribuito a far pensare a E di non essere una persona meritevole di attenzioni, a farlo sentire emarginato. In più di un'occasione E racconta di essersi sentito preso in giro perché non indossava un abbigliamento alla moda da due compagni di classe gemelli che la mattina effettuavano un check sulle mutande dei compagni per vedere se fossero state di marca, in quei momenti il pz si sentiva preso di mira e giudicato poiché indossava mutande del mercato.

Racconta di essersi sentito deriso e umiliato dalle ragazze nonostante i suoi sforzi di avvicinarsi all'altro sesso, afferma di aver provato una forte umiliazione quando, nel periodo delle medie, provò a dichiararsi ad una sua compagna di scout *“ io mi dichiarai e lei e la sua amica, a dichiarazione avvenuta, era palese che mi deridessero. Lo capivo dalla mimica facciale. Mi deridevano di sicuro per il mio aspetto fisico”*

Anche al liceo afferma di aver sempre fatto parte degli outsider perché si sentiva diverso dagli altri e temeva il giudizio e la non accettazione da parte dei ragazzi più popolari della sua classe, arrivando quindi a tenerli a distanza.

Vulnerabilità attuale: aver improntato la vita sul cercare di essere quanto più adeguato possibile, cercando di apparire all'altro vincente e spettacolare.

Trattamento psicoterapeutico

Contratto e scopi del trattamento

- 1 Riduzione della sintomatologia depressiva
- 2 Riduzione delle attivazioni di rabbia

3 Riduzione della dipendenza dall'opinione dell'altro

4 Migliorare sulla relazione con l'altro

5 Prevenzione delle ricadute

Razionale, strategie e tecniche

	OBIETTIVI STRATEGICI	RATIONALE E STRATEGIE	TECNICHE
	Costruire alleanza terapeutica	Precondizione necessaria al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati	Stile terapeutico validante, costante monitoraggio e regolazione.
1	Rompere il circolo vizioso di passività	Attivazione comportamentale	Attività piacevoli
1, 2	Rendere consapevole il paziente delle proprie emozioni	Indagare e condividere le attivazioni emotive dalle quali sembra difendersi Modificazione delle credenze	Riformulazione Confronto empatico Ristrutturazione cognitiva
1, 2	Rendere consapevole il paziente delle sue credenze e modificarle	Condividere le credenze individuate che stanno alla base del suo funzionamento e modificarle	ABC Laddering Ristrutturazione Cognitiva
1, 2	Favorire l'accettazione della terapia farmacologica	Sostenere il paziente nella costruzione di letture alternative e più aderenti alla realtà.	Ristrutturazione Cognitiva
1, 2, 3, 4	Renderlo consapevole della natura dei suoi comportamenti	Identificare il punto di partenza di alcuni tra gli atteggiamenti che abbiamo identificato al fine di decatastrofizzare l'idea che lui ha degli stessi e modificare le credenze alla base.	Imagery assessment Ristrutturazione
1, 2, 4	Alleggerire il contenuto della sua parte critica	Renderlo consapevole dell'effetto negativo che ha la sua parte critica sulla valutazione degli eventi.	Condivisione del funzionamento Ristrutturazione <i>Intervista alla voce critica attraverso il chair work</i>

		Modificare le credenze patogene circa i suoi stati fisici, emotivi e i suoi comportamenti.	<i>Diagramma a torta, dialogo socratico, piramide capovolta, doppio standard</i>
2, 3, 4	Individuare, condividere e modificare i cicli interpersonali	Cercare di aiutare il paziente ad individuare i cicli interpersonali disfunzionali al fine di renderlo consapevole e poter intervenire modificandoli.	Raccolta di episodi narrativi ed identificazione di modelli ricorrenti di relazione. <i>Role Playng</i> <i>Tecnica delle due sedie</i> <i>Confronto</i> <i>Empatico</i>
INTERVENTI FUTURI			
5	Prevenzione delle ricadute	Rinforzare l'autostima del paziente attraverso la costruzione di coping funzionali	Lista successi/insuccessi <i>“ripercorre con il pz le fasi del lavoro svolto e ristrutturare eventuale credenze disfunzionali sulla fine dello stesso”</i> <i>(Gragnani , Perdighe 2021)</i>

* *le parti in corsivo riportano tecniche non ancora applicate.*

Descrizione della terapia:

Andamento della terapia	Il percorso con E è iniziato ad ottobre 2020 e attualmente abbiamo fatto 53 sedute a cadenza settimanale. Nei primi momenti della terapia il pz concentrava la sua narrazione sui torti subiti negli ultimi anni da amici ed ex ragazza e durante l'infanzia da parte dei genitori, in particolare la madre. Spesso, a seguito dei miei tentativi di indagare le B e le C degli eventi riportati, il pz metteva in atto evitamenti, portando la conversazione nuovamente sull'ingiustizia percepita oppure cambiando totalmente
-------------------------	---

	<p>argomento.</p> <p>Con il passare delle sedute, piano piano, sono riuscita ad avvicinarmi sempre di più al nucleo di sofferenza del paziente, ma anche in questa fase ad ogni lieve avvicinamento alla sofferenza seguiva una narrazione di grandiosità oppure una svalutazione nei miei confronti attraverso risatine sarcastiche, sguardi di biasimo o commenti diretti sull'inutilità delle mie domande.</p> <p>Attraverso la narrazione di eventi della sua vita ho cercato di individuare tutti i coping che lui metteva in atto e successivamente, una volta chiari, ho iniziato a dividerli con il paziente, dando loro un nomignolo per riconoscerli e cercando anche di evidenziare quando questi coping si attivavano in seduta.</p> <p>Questa fase di condivisione dei coping si è interrotta a seguito del calo dell'umore del paziente, dell'ideazione suicidaria e dell'inasprirsi degli acting out di rabbia, che mi hanno costretto a lavorare sull'urgenza.</p> <p>Si è resa necessaria una consulenza psichiatrica che, dopo una serie di prime visite andate male e una iniziale difficoltà del pz ad accettare la terapia farmacologica, vista come l'ennesima prova della sua inadeguatezza, ha portato poi alla corretta assunzione della terapia con la sertralina e olanzapina al bisogno, nel mese di agosto 2021.</p> <p>Il percorso terapeutico si è interrotto nel mese di giugno poiché il paziente riceve delle critiche sul percorso da parte di un amico, questo lo porta a perdere fiducia e ad abbandonare momentaneamente. Questo atteggiamento di dipendenza dall'opinione dell'altro è però inaccettabile per il pz, decide infatti di riprendere appuntamento al rientro dalle sue ferie.</p> <p>Da metà settembre i colloqui sono ripresi regolarmente, il pz assume regolarmente la terapia farmacologica, siamo tornati nuovamente a lavorare sui coping disfunzionali e ho cercato di far prendere confidenza al pz con le emozioni da cui fugge nel momento in cui sperimenta inadeguatezza.</p> <p>Abbiamo avuto modo di vedere come lui stesso svaluti la sua sofferenza, perché inaccettabile segno di debolezza, e che questo lo porti automaticamente a svalutare i comportamenti difensivi avuti in momenti di difficoltà con l'allenatore, andando quindi a esasperare il suo senso di inadeguatezza.</p> <p>Nelle ultime sedute il lavoro si è concentrato sui cicli interpersonali, in particolare su quello della svalutazione, ho deciso però di interrompere momentaneamente poiché il pz ha iniziato a mostrarsi ben disposto sulla ripresa dell'allenamento che abbiamo programmato attraverso esposizioni</p>
--	---

	<p>graduali.</p> <p>Il paziente sembra anche essere finalmente consapevole degli evitamenti che mette in atto.</p> <p>Nell'ultima seduta è emerso un secondario utile con il quale allearmi per poter intervenire ulteriormente, il pz mi ha raccontato come ultimamente si trovi spesso a valutare il suo atteggiamento da <i>carnefice</i> come distonico, afferma di sentirsi quasi in colpa per il suo comportamento con le persone più fragili. L'idea è quella appunto di agganciarmi a questo secondario in modo da attivare un cambiamento.</p>
Relazione terapeutica	<p>Il disturbo Narcisistico di personalità del pz rende la relazione terapeutica abbastanza complessa.</p> <p>Dopo circa 5 sedute il pz mi chiede di poter parlare con i suoi genitori, si aspettava da me che io intercedessi per lui con loro, <i>“se ci parli te magari iniziano a capirmi”</i>, ho respinto questa richiesta spiegando che sarebbe stato solo un mantenimento della difficoltà che ha di farsi comprendere dai genitori.</p> <p>In un primo momento il paziente si mostrava collaborativo e adeguato, ma con il passare delle sedute e con l'approfondimento della problematica il pz è ha iniziato a mettere in atto una serie di comportamenti protettivi quali: svalutazione del mio operato, <i>“non credo che sia importate questa cosa secondo me è meglio se ti parlo di altre cose”</i> e atteggiamenti seduttivi successivi al tentativo di indagare l'inadeguatezza che lui sperimenta, atti probabilmente a ridimensionare lo squilibrio dell'immagine che ci tiene a dare di sé.</p> <p>L'atteggiamento seduttivo si è presentato alla fine di un colloquio, durante il quale avevamo iniziato appunto ad indagare i contenuti del suo timore di inadeguatezza. Nel momento in cui ho accompagnato il paziente alla porta si è avvicinato molto a me e, con un tono e un atteggiamento assolutamente non adeguati alla situazione, mi ha chiesto <i>“eh ma te quand'è che inizi a parlà?”</i>, facendomi sperimentare fastidio e disagio. A seguito di questo accadimento e delle ripetute svalutazioni, ho chiesto supervisione privata.</p> <p>Il contatto con la sua parte vulnerabile ha probabilmente portato ad un peggioramento sul piano dell'umore, verosimilmente a causa della scarsa efficacia dei comportamenti protettivi. Questo ha portato ad un cambio di strategia da parte del pz che ha iniziato a mostrare in modo esasperato la sua</p>

sofferenza, non solo durante la seduta ma anche durante la settimana, attraverso messaggi sul cellulare. Ha iniziato ad avere importanti agiti di rabbia che mettevano in pericolo se stesso e gli altri, ha più volte preso a pugni le porte di casa, ha rovesciato una scrivania a lavoro a seguito di una discussione con un collega e ha lanciato una bottiglia contro la finestra di casa spaccando il vetro e facendola cadere dall'ottavo piano.

Ho reputato opportuno fare un invio allo psichiatra, marzo 2021, per valutare l'opportunità di una terapia farmacologica. Inizialmente si è mostrato titubante ma in un secondo momento sembrava aver accettato l'idea di fare una visita psichiatrica, anche se la terapia farmacologica è stata poi iniziata a fine agosto 2021.

A fine marzo 2021 il pz ha contratto il Covid e abbiamo spostato la terapia su Skype.

Verso la metà di giugno 2021 il pz non è presentato ad un colloquio e, dopo aver atteso circa 15 minuti, l'ho contattato per messaggio. Lui mi ha espresso sfiducia generale nella possibilità di tornare a stare meglio e l'idea che l'unico modo per metter fine a questa sofferenza fosse togliersi la vita. (in questa situazione ho subito contattato la mia supervisore per cercare di gestire al meglio la situazione).

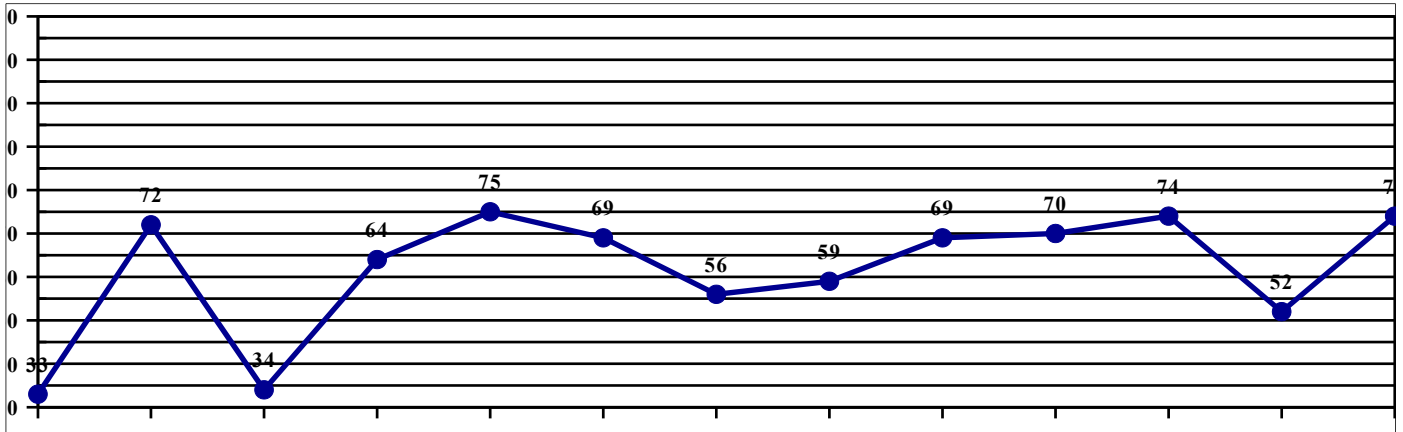
Nei messaggi scriveva: “ *non ho voglia di venire, tanto è tutto inutile, c'è solo un modo per smettere di soffrire*”

Ho chiamato il paziente e, dopo vari tentativi, mi ha raccontato della conversazione con il suo allenatore, il quale aveva espresso dubbi sul suo percorso di terapia. L'opinione del suo allenatore ha causato nel paziente una reazione di svalutazione nei confronti di se stesso, “ *se X non appoggia le mie scelte allora vuol dire che faccio scelte sbagliate e non valgo nulla*”, inizialmente si è presentato un coping di resa al suo destino di persona inadeguata e di successivamente un evitamento della terapia, come evitamento della sensazione di inadeguatezza. Probabilmente come strategia per riassumere il controllo della situazione. Raggiunto l'obiettivo di comprendere la motivazione che lo ha spinto a non presentarsi, ho concordato con lui un altro appuntamento, al quale non si è nuovamente presentato.

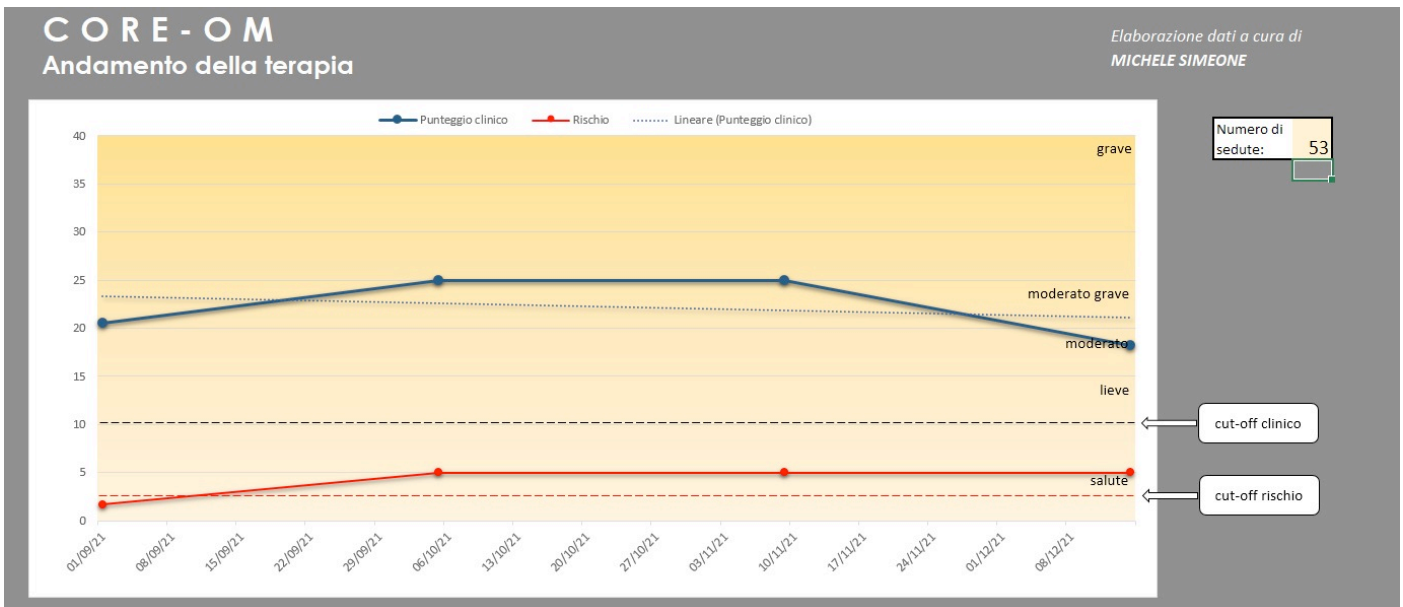
Questa seconda volta ho solo scritto lui un messaggio esprimendo il mio dispiacere e sottolineando che quella di seguire un percorso era una sua scelta e nessuno poteva obbligarlo. Ho volutamente scelto di non chiamarlo per non alimentare il meccanismo : non vengo in seduta -> esprimo il mio

	<p>malessere in modo da attivare l'altro -> l'altro mi chiama e si preoccupa per me -> mi sono garantito uno spazio nel suo stato mentale.</p> <p>Scambio di messaggi:</p> <p>T: <i>“Elio mi dispiace molto che tu abbia deciso di non venire al colloquio anche oggi, ti ho aspettato per l'intera ora. Come già ti ho detto settimana scorsa al telefono Io non ho modo di aiutarti se non ti presenti alle sedute. Detto questo, la scelta è tua e sei libero di procedere come credi.”</i></p> <p>E: <i>“Le ho provate tutte, è tutto inutile sono condannato a soffrire finché vivo”</i></p> <p>T: <i>“Non sono d'accordo”</i></p> <p><i>Dopo circa una settimana, poco prima che lui partisse per le ferie, mi ha nuovamente contattata chiedendomi se potevamo riprendere il percorso, dicendomi “però bisogna cambiare qualcosa perché così non va bene”, rispetto al percorso terapeutico. Ho inquadrato questo atteggiamento come la dimostrazione a se stesso di non essere incapace e inadeguato ma di avere il controllo sul percorso di terapia.</i></p> <p>Nel colloquio successivo afferma:</p> <p><i>“Non ero sicuro che tu lo avessi capito per bene, oppure pensavo che tu avessi sottovalutato la rabbia o la voglia di morire.”</i></p> <p><i>“Me lo fa pensare il fatto che ti vedo tranquilla.”</i></p> <p><i>Dal suo rientro i colloqui sono ripresi in modo regolare, a settembre 2021 ha iniziato ad assumere regolarmente la terapia farmacologica e questo ha generato un miglioramento positivo anche nella relazione terapeutica.</i></p> <p>Il pz sta andando incontro ad un miglioramento da un punto di vista dell'umore, miglioramento che anche io ho notato e condiviso con lui. Ciò che accade è che nel momento in cui il pz si accorge che anche io vedo questo miglioramento tende ad esasperare il suo malessere probabilmente nella convinzione che io possa non considerarlo più.</p>
Valutazione parziale di esito	<p>Attualmente credo di essere riuscita a costruire una buona relazione terapeutica, il circolo vizioso legato ai sintomi depressivi sembra essere notevolmente diminuito ed è possibile riscontrare anche un aumento del tono dell'umore. Il paziente sembra piano piano prendere consapevolezza del suo funzionamento e in particolar modo riesce sempre più a riconoscere gli evitamenti.</p>

Appendice: MMPI



CORE OM



Alessia Del Moro
Psicologa Psicoterapeuta
Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Grosseto
Training : Andrea Gagnani e Giuseppe Romano
e-mail: addiemme@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

Leonardo: il bambino che non voleva perdere

Federica Codini

¹Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC, Grosseto, Italia

Riassunto

Leonardo è un bambino di 8 anni che frequenta la classe terza della scuola primaria di primo grado, ed è stato inviato dal pediatra e dalle insegnanti per un problema di natura ansiosa che si sta presentando a scuola in prossimità di interrogazioni e compiti in classe. I genitori sembrano vivere l'inizio di questo percorso in modo diverso: il padre si mostra più consapevole rispetto alla madre, che sembra invece vivere il momento con una intensa preoccupazione. Il quadro psicopatologico di Leonardo è caratterizzato da iperattività/disattenzione/impulsività, oppositività e sintomatologia ansiosa. La valutazione psicodiagnostica ha permesso di fare diagnosi di Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività con manifestazione combinata, in comorbilità con Disturbo Specifico dell'Apprendimento con compromissione della lettura e della scrittura. A cui si associa una intensa sintomatologia ansiosa nei momenti di performance scolastica.

La formulazione del caso ha fatto emergere un tema di profondo senso di inadeguatezza ed un investimento importante, da parte di Leonardo, nello scopo di amabilità, ha inoltre messo in luce specifici processi di mantenimento e fattori di vulnerabilità. Ciò ha permesso al terapeuta di impostare un progetto di intervento organizzato in modo strategico e centrato, con obiettivi specifici sia per Leonardo sia per la coppia genitoriale.

Inizialmente, con il minore, si è deciso di lavorare sulla costruzione di una buona alleanza terapeutica, per poi orientarsi sul controllo degli impulsi, sui tempi di attenzione e sulle condotte oppositive. Con i genitori invece, dopo aver creato un'alleanza terapeutica, è stato necessario lavorare sulla conoscenza in merito al funzionamento del disturbo ADHD e DSA, oltre che su uno stile genitoriale più coerente. Con i genitori, soprattutto con la figura materna, è stato opportuno anche lavorare sulla ristrutturazione di alcune specifiche credenze, poiché risultate importanti fattori di mantenimento sia per la sintomatologia ansiosa, sia per i comportamenti di natura rabbiosa messi in atto da Leonardo.

Parole Chiave: ADHD, DSA, psicologia evolutiva

Summary

Leonardo is an 8-year-old boy who attends the third grade of first grade primary school, and was sent to the pediatrician and the teachers for an anxious problem that is presenting itself at school in the vicinity of questions and class assignments. Parents seem to experience the beginning of this path in a different way: the father is more aware than the mother, who instead seems to live the moment with intense concern. Leonardo's psychopathological picture is characterized by hyperactivity / inattention / impulsiveness, oppositionality and anxious symptoms. The psychodiagnostic evaluation made it possible to diagnose Attention Deficit / Hyperactivity Disorder with combined manifestation, in comorbidity with Specific Learning Disorder with impaired reading and writing. To which is associated an intense anxious symptomatology in moments of school performance.

The formulation of the case has brought out a theme of profound sense of inadequacy and an important investment by Leonardo, in the aim of amiability, has also highlighted specific maintenance processes and

Federica Codini., Leonardo: il bambino che non voleva perdere, N. 28, 2021, pp. 93-106

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

vulnerability factors. This allowed the therapist to set up an intervention project organized in a strategic and centered way, with specific objectives for both Leonardo and the parental couple.

Initially, with the minor, it was decided to work on building a good therapeutic alliance, to then focus on impulse control, attention spans and oppositional behaviors. With the parents, on the other hand, after creating a therapeutic alliance, it was necessary to work on knowledge about the functioning of ADHD and ASD, as well as on a more consistent parenting style. With the parents, especially with the maternal figure, it was appropriate to work on the restructuring of some specific beliefs, since they were important maintenance factors both for the anxious symptoms and for the angry behaviors implemented by Leonardo.

Key words: ADHD, ASD, evolutionary psychology

Leonardo, quando vengo contattata dai suoi genitori, è un bambino di 8 anni, (2012) che frequenta la classe terza della scuola primaria di primo grado e che vive in un piccolo paese del centro Italia. È figlio unico di una mamma che lavora come operaia in una fabbrica del posto, e di un papà impiegato che lavora sempre in un'altra azienda del luogo. Leonardo, tornato da scuola, passa prevalentemente il tempo con i nonni paterni che sono autonomi, anche di auto muniti, ma comunque anziani. Leonardo è figlio di due genitori che, prima di questo matrimonio, sono stati entrambi sposati e senza figli dalle precedenti relazioni. Leonardo è stato inviato dal pediatra e dalle insegnanti per un problema di natura ansiosa che si stava presentando a scuola in prossimità di interrogazioni e compiti in classe. In colloquio di anamnesi i genitori descrivono Leonardo come un bambino pieno di energie, *“con il suo carattere”*, che non ama le regole. I genitori sembrano vivere l'inizio di questo percorso in modo diverso: il pz si mostra consapevole, chiaro nell'esposizione e con un controllo dello stato emotivo. La md si mostra più agitata del marito, con respiro affannoso, eloquio con ritmo veloce e non sempre coerente nell'esposizione, esplicita anche una forte preoccupazione per suo figlio. Piangendo infatti dichiara che il suo timore più grande è che *“suo figlio possa non essere normale”*.

Dall'anamnesi non risultano problemi familiari di tipo neurologico/psichiatrico. È nato da una prima gravidanza decorsa regolarmente, a termine da parto eutocico. Viene riferita sofferenza alla nascita: ha impiegato del tempo per uscire, quando è nato era molto scuro a causa della sofferenza. Indice apgar non riferito. Dopo 15 giorni dopo la nascita effettuata ecografia encefalica che è risultata negativa. Allattamento materno. Tappe dello sviluppo psicomotorio riferite nella norma, ad eccezione della motricità fine e grossolana, Ritmo sonno/veglia regolare. Leonardo viene descritto dai genitori come maldestro, distratto.

Descrizione dei problemi presentati

Quando incontro Leonardo da solo in stanza, è già stato informato del fatto che ho conosciuto i suoi genitori e che sono la *“dottoressa delle emozioni”*. Appena entra la prima cosa che mi dice è: *“allora io mi ansio quando ci sono le interrogazioni”*.

Nel setting clinico Leonardo si mostra adeguato, collaborativo, disponibile alle richieste del terapeuta e sensibile al rinforzo positivo. Si rileva in Leonardo una volontà di parlare dei momenti che gli causano forte ansia, mostrandosi interessato e motivato ad apprendere nozioni e strategie utili per la gestione degli stati ansiosi. Si osserva tuttavia ipercinesia e facile distraibilità. Durante gli incontri Leonardo riferisce, scrivendolo proprio su un foglio, *“vorrei stare attento ma è un po' difficile e sono triste per questo”*.

La sintomatologia che Leonardo presenta nel setting clinico è la seguente:

- parla velocemente e con uno scarso controllo dell'intensità della voce
- ipercinesia
- tratti oppositivo provocatori a seguito di frustrazioni: lanciare le cose, avere la tentazione di rompere le cose

- impulsività

La sintomatologia che viene riferita dai genitori è la seguente:

- bassa tolleranza alle frustrazioni: nei momenti in cui perde una partita a pallone, o qualsiasi altro gioco, manifesta rabbia intensa e pianto.
- facile distraibilità
- interrompe persone che conversano o che stanno svolgendo un'attività, manifestando difficoltà nell'attendere il momento opportuno per intervenire
- tratti oppositivo provocatori a seguito di frustrazioni: lanciare le cose, avere la tentazione di rompere le cose

La sintomatologia che viene riferita dal corpo docente è la seguente:

- presenza di ansia nelle occasioni in cui ci sono verifiche, interrogazioni o consegna del compito corretto. Viene riferita tensione fisica, incapacità di portare a termine un compito, richiesta della vicinanza di una figura adulta.
- Ipercinesia: In classe tende ad muoversi, alzarsi ed a richiedere frequentemente di andare al bagno.
- impulsività: nei compiti che gli vengono proposti non legge il comando ma va direttamente allo svolgimento dell'esercizio, così come nel fare un gioco insieme, non ascolta le regole, ma inizia subito a giocare.
- atteggiamenti di natura egocentrica: Leonardo tende ad attirare l'attenzione su di sé ad esempio attraverso comportamenti teatrali o mimica facciale accentuata (gestione dello sguardo, utilizzo del pianto per intenerire l'altro ed ottenere ciò che desidera...)

Test somministrati ai genitori:

CBCL anni 6-18 (Questionario sul comportamento del bambino)

Scala Conners'3 Genitore Forma Estesa

Test somministrati al corpo docente

Scala Conners'3 Insegnante Forma Estesa

Test somministrati al minore

MASC 2 - Multidimensional Anxiety Scale for Children - Hogrefe

CDI 2 - Children's Depression Inventory, Second Edition

Sulla base dei colloqui e dell'osservazione clinica effettuata, la famiglia viene inviata presso un servizio territoriale per approfondimento diagnostico della sfera cognitiva, delle capacità attentive e degli apprendimenti. Il motivo dell'invio è dettato da ragioni legislative: la necessità di avere un'eventuale diagnosi rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, così da poter essere poi anche accettata legalmente dal contesto scolastico.

La testistica somministrata presso il servizio pubblico è la seguente:

Componente A della batteria NEPSY II

Prove di Lettura MT -3 pr la Scuola Primaria

Batteria per la valutazione della Dislessia e della Disortografia Evolutiva-2 (DDE-2)

Scala sintetica di valutazione della scrittura in età evolutiva (Scala BHK)

Diagnosi rilasciata:

Disturbo specifico dell'apprendimento interessante la componente grafo-motoria della scrittura (Disgrafia cod. ICD -10 F 81.8).

Una volta ritirata la relazione clinica, si approfondisce la valutazione psicodiagnostica con il test WISC-IV, poiché mancante l'analisi del funzionamento cognitivo.

Il problema presentato è inquadrabile all'interno di una classificazione diagnostica Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività con manifestazione combinata (cod. DSM5 314.01, cod. ICD10 F90.2) di grado moderato, in comorbilità con Disturbo Specifico dell'Apprendimento con

compromissione della lettura (cod. DSM5 315.00; cod. ICD10 F81.0), della scrittura (cod. DSM5 315.2; cod. ICD10 F81.81) di grado lieve. È presente, inoltre, una intensa sintomatologia ansiosa nei momenti di performance scolastica (sensazione di irrequietezza; difficoltà di concentrazione; continue richieste di rassicurazioni; paura di sbagliare)

Profilo interno del disturbo

Iperattività/Disattenzione/ Impulsività

In Leonardo si rileva presenza di iperattività e disattenzione anche in uno stato di quiete; riferisce, infatti, di sentire il bisogno di muoversi per poter stare più attento.

I tratti di iperattività motoria e la disattenzione sembrano incrementarsi principalmente quando il bambino sperimenta rabbia e ansia: in tali circostanze, Leonardo riferisce di provare “fastidio”, definito come “una spinta che non so regolare... che mi fa muovere tanto, mi fa toccare le cose, ...”. Non potendo sottrarsi alle situazioni (compiti in classe, perdita a dei giochi...) in cui sperimenta queste emozioni (ansia e rabbia), Leonardo utilizza come strategia di coping una condotta caratterizzata da irrequietezza e oppositività.

Queste condotte, oltre a risultare disfunzionali ai fini della gestione del disagio provato, gli fanno sperimentare un innalzamento dell’ansia, della rabbia e del senso di costrizione. Secondo quanto riportato da Leonardo, a scuola questa condizione si interrompe, solitamente, con l’intervento della maestra che lo ammonisce e/o lo mette in punizione.

Il profilo interno di Leonardo, riferito prevalentemente a stati mentali di minaccia e ansia, può essere così descritto:

A'	B'	C'
Compito in classe Oppure Nuovo esercizio da fare in classe	Sarà sicuramente difficile	Ansia di intensità 8
	↓	
	Non ce la posso fare (ma devo farcela assolutamente, non è giusto che io non riesca a farcela)	Rabbia intensità 5 respiro affannoso, agitazione psicomotoria
	↓	
	Se non ce la faccio do una delusione a mamma e papà	Ansia di intensità 8
	↓	
	Se do una delusione a md e pd significa che sono (dimostro di essere confermo a me stesso) stupido	Tristezza 7
A'	B'	C'
Guardo gli altri e vedo che scrivono e vanno avanti	????	Ansia 8
	Ecco, lo vedi che sono stupido?	Tristezza 7 impulsività: faccio direttamente l’esercizio, ricerca attenzione dell’insegnante

La risposta emotiva che consegue alla situazione presentata varia contestualmente a dove si verifica. Nel contesto familiare, si attiva il ciclo della rabbia mentre, quando si trova fuori dall'ambiente domestico, come ad esempio a scuola, dopo averle agite, Leonardo tende a valutare le sue modalità come inadeguate al contesto e sperimenta una sensazione di tristezza (*gli altri non vogliono stare con me...*)

Oppositività/Impulsività

Dalla ricostruzione degli stati interni emerge come la rabbia sia la condizione che Leonardo sperimenta maggiormente quando entra in relazione con le persone che interagiscono con lui, in modo particolare con compagni che non rispettano il suo volere e con la madre. Quando il bambino viene posto di fronte a una regola o a qualsiasi altra indicazione posta dall'esterno (riguardo i compiti, i giochi etc.) che non rispecchia il suo volere, si arrabbia intensamente poiché ritiene che non venga rispettato il suo diritto di fare ciò che desidera. Inoltre, per ottenere ciò che vuole, prova a indurre senso di colpa nelle figure di riferimento del momento. Questa specifica dinamica sembra essere consolidata soprattutto con la madre, diverso invece è l'atteggiamento con il padre, il quale risulta essere più coerente e fermo nelle decisioni prese, tanto da non far "funzionare" l'induzione di colpa da parte di Leonardo.

Questo è ciò che accade di solito, con la madre: la madre esprime una qualsiasi richiesta a Leonardo con l'aspettativa che lui faccia ciò che lei desidera.

Leonardo non esegue il compito e piuttosto reagisce con rabbia.

La mamma risponde alla rabbia di Leonardo esprimendo, in modo più fermo, la sua richiesta, aumentando quindi i toni di rabbia a cui il figlio, strategicamente, risponde con un tentativo di induzione di colpa nella madre. A quel punto la madre pensa che se si comporta in un modo diverso, da come dovrebbe, vuol dire che ha qualcosa che non va (il figlio "non funziona come tutti gli altri"). Questo pensiero è accompagnato da un sentimento di tristezza, commozione e pianto; Leonardo, vedendo il pianto della madre, conclude che lui "è la delusione per mamma".

Ciò, tra le varie cose, fa emergere la non validazione da parte della mamma della reazione di Leonardo, finendo per dirgli frasi del tipo "non capisco perché ti comporti così... *ma cosa c'è da arrabbiarsi?*".

Questo tipo di atteggiamento della madre, da un lato interrompe l'esternalizzazione della rabbia da parte del bambino, diventando per lei elemento di rinforzo, dall'altro però modifica la reazione emotiva di Leonardo attivando in lui contenuti di colpa, tristezza e ansia legati alla valutazione che possa essere lui la causa della delusione di mamma.

Un'altra situazione in cui Leonardo sperimenta una forte rabbia è quando perde ad un gioco (es: partita di calcio con amici, partita a filetto con me, ...) poiché, per Leonardo, perdere significa essere automaticamente degli stupidi. Ciò lo porta a metter in atto strategie tipo il tentare di cambiare le regole, o il sospendere il gioco quando capisce che sta per perdere, andando ad influenzare la qualità della relazione con l'altro che in quel momento sta giocando con lui.

A'	B'	C'
Perdo una partita di calcio/Perdo a filetto con F.	Mi sono fatto fregare. Non è giusto Non lo posso accettare	Rabbia intensità 8 Nelle mani e nella pancia respiro affannoso, agitazione psicomotoria sbattere i pugni sulla scrivania strappare il foglio urla e pianto Lanciare le cose



	sono proprio uno stupido, sono un perdente	Tristezza intensità 7
A''	B''	C''
Ho lanciato le cose, ho urlato	Gli altri adesso non vorranno stare con me	Tristezza 8 pianto
	Ho la conferma che sono stupido	Ansia di intensità 8

Credenze nucleari di Leonardo:

se sei competente → sei vincitore → sei popolare e non rimani solo

se sei perdente → sei stupido → resti solo

Fattori e processi di mantenimento

Auto-Invalidazione ricorsiva: il paziente non vede accolto il suo bisogno di esprimere ed esprimere emozioni quali, principalmente, rabbia e ansia. Infatti, nel caso in cui non sia riconosciuto il suo diritto ad arrabbiarsi, si incrementa il senso di ingiustizia percepito aumentando l'intensità dell'emozione specifica esperita. Allo stesso modo, nel caso in cui non gli venga validata l'emozione dell'ansia, Leonardo vede incrementarsi il timore che l'altro possa accorgersi del suo stato di allerta, finendo anche in questa situazione per sperimentare uno stato ansioso di intensità maggiore.

Spesso, inoltre, la madre parla del suo stato di sofferenza (anche ad altri) addossando a Leonardo la responsabilità riguardo ciò che sperimenta (ansia o rabbia in risposta a certi comportamenti del figlio) ed evidenzia che le reazioni emotive (o i comportamenti che ne conseguono) di Leonardo siano incomprensibili/inopportuni o fuori luogo confermando, dunque, il suo timore che il figlio “*abbia qualcosa che non va*”.

- *Attenzione selettiva:* Leonardo si aspetta di essere assecondato perché sente il bisogno di fare giustizia per tutte le esperienze accumulate in cui ha percepito la sensazione di stare subendo un'ingiustizia (*Dsa, adhd...*). Questo bisogno lo porta a notare più facilmente e con maggiore frequenza le situazioni di possibile torto subito, andando a incrementare il numero di reazioni rabbiose.
- *Bias interpretativo:* focalizzando l'attenzione nella direzione della minaccia Leonardo legge più frequentemente i comportamenti dell'altro come conferma della credenza che lui “*sia un perdente, sia stupido*” con la conseguenza di muoversi in modo incerto e titubante e attuando, di conseguenza, i comportamenti che finisco per confermare quello che teme, ovvero che gli altri lo vedano come uno stupido.
- *Evitamenti:* gli evitamenti che Leonardo mette in atto al fine di non ritrovarsi di fronte ad una situazione che lo possa mettere in difficoltà, incrementano in lui l'idea di sé legata ad un'immagine di persona diversa, “stupida”, destinata ad essere allontanata dagli altri
- *Problemi secondari:* la minaccia che Leonardo percepisce (fare certe cose sarà difficile e non riuscirò, farò la figura dello stupido) quando viene posto di fronte a un compito per lui difficile (soprattutto se è a scuola), lo porta a mettere in atto comportamenti che, in seconda valutazione, considera come attribuibili proprio all' “essere stupido”. In questo modo quella che prima era solo un'eventualità minacciosa, che lui ha provato a scongiurare, si trasforma, proprio in virtù delle modalità utilizzate, in uno scenario reale compromettendo così lo scopo del paziente di non “fare la figura dello stupido”.

- **Modalità educativa** della madre: uno stile educativo caratterizzato da: *incoerenza* nella gestione delle pratiche educative che ha determinato in Leonardo un abbassamento della credibilità attribuita ai genitori e un decadimento del valore attribuito all'autorità, con la conseguenza che Leonardo vedrà come sempre meno giusta l'autorità, lo incentiverà ad autogestirsi con l'idea di avere "il potere e il diritto di fare ciò che voglio".

Scompenso ed esordio

Sulla base dei colloqui clinici avvenuti sia con i genitori sia con Leonardo, è possibile far risalire il periodo di scompenso ed esordio nell'anno di terza elementare. Il ritorno a scuola in presenza, dopo il periodo di Dad a causa della pandemia sars cov 2, ha posto Leonardo di fronte ad una serie di prove percepite da lui difficili da gestire, nello specifico:

- rispettare le regole sanitarie e sociali previste dalla scuola: stare per 5 ore in classe, con poca possibilità di muoversi nell'aula, o possibilità di uscire dalla classe; mantenere la mascherina per tutto il tempo della mattinata, non abbracciare i compagni, non scambiarsi il materiale con i compagni....

- fare esercizi in classe in autonomia senza una persona che gli stia accanto (in dad aveva una ragazza che tutti i giorni era con lui durante le lezioni e lo svolgimento dei compiti pomeridiani).

Leonardo si è trovato quindi da solo di fronte ai limiti specifici posti da due condizioni psicopatologiche non ancora diagnosticate: DSA e ADHD. Ciò ha determinato un'esplosione di sentimenti di rabbia (manifestata con atteggiamenti oppositivi) e di ansia (dovuta alla minaccia percepita di non saper far fronte ai compiti richiesti). A tal proposito, uno dei primi ricordi del paziente è relativo a un compito in classe di matematica: Leonardo, nel valutare il compito troppo difficile, entra in uno stato di ansia, di confusione, di agitazione psicomotoria che lo hanno portato a piangere, ricercare l'attenzione della maestra, ad avere la necessità di alzarsi/muoversi oltre che di rifiutarsi di portare avanti il compito in classe.

Vulnerabilità storica e ambientale

È possibile individuare diversi fattori che seppur relativi a una storia di vita breve potrebbero aver avuto un forte potere sulla costruzione di credenze e regole su se stesso e sugli altri, nello specifico:

Il Disturbo da deficit di attenzione e iperattività:

- la difficoltà di concentrarsi a scuola porta ad incrementare l'idea *sono uno stupido*;
- l'impulsività: porta Leonardo a reagire alle possibili frustrazioni in cui incorre in modo impulsivo, con il rischio di inficiare le relazioni amicali che era riuscito a creare, andando così a confermare in Leonardo la credenza "sono un'incapace".
- la stessa impulsività porta a litigi in famiglia, soprattutto con la mamma, attivando il circolo sopra descritto. Questa impulsività non gli permette di anticipare le conseguenze delle sue azioni.

- Disturbo Specifico dell'Apprendimento: la difficoltà nella lettura e scrittura portano Leonardo ad incrementare l'idea sono un o stupido, non ce la faccio.

- Aver appreso dalle figure significative l'impossibilità e la negatività di esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni.

- Attenzione selettiva della madre sul "difetto di Leonardo". Il timore della madre che "il figlio non sia normale" (credenza legata all'esperienza dei primi giorni di vita di Leonardo in cui fu necessaria un'ecografia encefalica), la porta ad avere un atteggiamento (pianto) nei confronti del

figlio come colui che “va riparato, che ha qualcosa di rotto”. Ciò mantiene in Leonardo l’idea di sé come non capace e responsabile della delusione della madre.

- Uno stile educativo disfunzionale, prettamente caratterizzato da incoerenza nella gestione del bambino. Ciò nel tempo ha determinato agli occhi di Leonardo un basso livello di autorevolezza delle figure genitoriali, generando la credenza “io ho il potere, e il diritto, di fare ciò che voglio; le regole non contano” generalizzata anche ad altre figure adulte (insegnanti, allenatori, terapeuta).

A seguito delle credenze emerse si possono individuare scopi/antiscopi investiti che orientano la condotta di Leonardo.

CREDENZE	SCOPI/ANTISCOPI INVESTITI
Sono stupido, ho qualcosa che non va	Non essere stupido,
Se sei strano nessuno ti vuole stare vicino	scopo strumentale volto a raggiungere il non essere isolato (solitudine o gruppi) dagli altri
Chi ti vuole bene ti fa fare ciò che vuoi	Essere/Sentirsi amato

Trattamento

Obiettivo di contratto sia con il bambino che con i genitori

- Incrementare tempi di attenzione
- Migliorare il controllo degli impulsi a seguito di frustrazioni
- Potenziare abilità di gestione delle emozioni, nello specifico ansia e rabbia
- Ridurre le condotte oppositive

Obiettivi impliciti con il bambino:

- creare un’alleanza terapeutica e condividere modalità e scopi del trattamento
- Ristrutturare la credenza:

se sei competente -> sei vincitore -> sei popolare → non rimani da solo se sei perdente -> sei stupido -> resti solo

Obiettivi impliciti con i genitori

- creare un’alleanza terapeutica e condividere modalità e scopi del trattamento;
- aumentare la conoscenza del funzionamento dei disturbi ADHD e DSA
- ristrutturare, con la mamma, la credenza che Leonardo abbia qualcosa di non normale
- favorire la realizzazione di uno stile educativo coerente per far sperimentare la guida autorevole all’interno della relazione

OBIETTIVI TERAPEUTICI CON LEONARDO	RAZIONALE	TECNICA
--	-----------	---------

<p>Creare un'alleanza terapeutica e condividere modalità e scopi del trattamento</p>	<p>Il razionale che è dietro alla costruzione della relazione terapeutica, è che lo sviluppo di questa possa fare da apripista alla condivisione aperta, da parte del minore, dei propri pensieri e dei propri stati d'animo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione, nello specifico su ansia e rabbia - utilizzo di schede, visione di video con consegna di riconoscere l'emozione nell'altro - ABC
<p>Migliorare il controllo degli impulsi a seguito di frustrazioni</p>	<p>Essendo Leonardo un bambino sensibile al rinforzo, si è deciso di intervenire (nel contesto domestico) con modalità che possano dare al minore la possibilità di sperimentare una previsione chiara delle possibili conseguenze e l'opportunità di regolare i propri impulsi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - token economy per evitare il conflitto e la contrattazione all'inizio dei compiti pomeridiani oltre che per prolungare progressivamente i tempi di attenzione - rilassamento, respirazione profonda - lavoro sul dialogo interno: autoistruzioni, tecniche di distrazione... - brainstorming sui comportamenti da adottare per abbassare l'intensità della rabbia, valutazione delle possibili conseguenze. - Nel contesto scolastico, le insegnanti hanno dato a Leonardo un numero massimo di gettoni, ognuno dei quali è un'autorizzazione ad uscire dalla classe per qualche minuto. A Leonardo è richiesto di autogestirsi i gettoni in base al bisogno che sente di uscire. Ha la possibilità di recuperare gettoni se mostra un atteggiamento di "gentilezza" nei confronti dei compagni.
<p>Incrementare tempi di attenzione</p>	<p>Incrementando i tempi d'attenzione, per permettere a Leonardo di riuscire a portare avanti un compito per un lasso di tempo maggiore, si potrà garantire al bambino un maggior senso di autonomia e di efficacia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - token economy per prolungare progressivamente i tempi di attenzione <p>Software Erickson: Attenzione e Concentrazione: <i>7 test e 12 training di potenziamento</i></p>
<p>Ridurre le condotte oppostive</p>	<p>Si vuole insegnare a riconoscere le emozioni e le loro componenti fondamentali, si vuole inoltre fornire le strategie per fronteggiare le emozioni al meglio finalit�: aumentare le modalit� di gestione delle emozioni.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Psicoeducazione - Visione i video in cui riconoscere le emozioni - Abc - Termometro delle emozioni - Autoistruzioni - Tecniche di distrazione - Tecniche di rilassamento
<p>OBIETTIVO TERAPEUTICO CON I GENITORI</p>	<p>RAZIONALE</p>	<p>TECNICA</p>

<ul style="list-style-type: none"> - creare un'alleanza terapeutica e condividere modalità e scopi del trattamento; - aumentare la conoscenza del funzionamento del disturbo ADHD e DSA , con conseguente eliminazione delle punizioni per una scarsa attenzione; - ristrutturare con la mamma la credenza che Leonardo avesse qualcosa di non normale - favorire uno stile educativo più coerente al fine di incrementare un maggior livello di autorevolezza 	<p>Lavorare con i genitori permette di andare a ridurre i fattori di mantenimento che si sono instaurati nella relazione con Leonardo. Ciò permette anche di incrementare in loro una maggiore consapevolezza e passare strategie utili da attuare con Leonardo. Questo tipo di lavoro permette un mantenimento e rinforzo del lavoro che si decide di fare in seduta.</p> <p>Intervenire anche con il corpo docente per dimostrare a Leonardo di andare tutti nella stessa direzione e favorire un maggior riconoscimento dell'autorevolezza degli adulti</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducazione: adhd e dsa - Descrizione funzionamento emotivo di Leonardo e analisi dei fattori di mantenimento del disturbo. - Abc - Brainstorming
--	--	--

Descrizione della terapia

Durata terapia: La terapia, in regime privato, è iniziata il 26 Aprile 2021. Ad oggi sono state effettuate 27 sedute e il trattamento è ancora in corso.

Assessment: In una prima fase, sono state stabilite le basi per la definizione della relazione terapeutica e per il coinvolgimento del paziente nella terapia, si è proceduto quindi nell'assessment e nella definizione degli obiettivi di contratto, tendendo a mente l'importanza del coinvolgere nel percorso sia i genitori che il corpo docente. Affinché ci fosse una relazione finale, con ipotetica diagnosi, che potesse essere accettata dalla scuola per l'attivazione di un PdP o un BES, si è deciso di far proseguire la valutazione presso un centro convenzionato e accreditato. Nel frattempo, rispetto al lavoro con Leonardo, questa prima fase è stata dedicata al coinvolgimento del paziente nella terapia e all'assessment con lo scopo sia di renderlo consapevole del proprio funzionamento, sia di ottenere un quadro completo delle sue problematiche così da poter delineare la strategia terapeutica più adeguata. Entrando nel dettaglio, nella fase di assessment sono stati utilizzati gli ABC, proposti a Leonardo utilizzando schede, giochi e racconti che gli hanno permesso di comprendere come le emozioni provate si accompagnino agli eventi sulla base di valutazioni che lui stesso applica. Leonardo ha iniziato a percepirsi parte attiva nella gestione delle sue emozioni, soprattutto rispetto alla possibilità di riuscire a dirigere l'espressione comportamentale conseguente.

Inoltre, in accordo con i genitori di Leonardo, si è proceduto a fare un incontro con i nonni paterni, poiché si prendono cura di Leonardo nel pomeriggio ed era importante raccogliere anche il loro punto di vista. Una volta ricevuta la valutazione psicodiagnostica completa, unita al materiale raccolto dai vari colloqui clinici, è stato possibile ragionare sui vari obiettivi da condividere con la famiglia e con Leonardo. In occasione del colloquio di restituzione con i genitori, si è proceduto a ricostruire il funzionamento emotivo di Leonardo, andando ad evidenziare i vari processi di mantenimento; a proposito di ciò è stato consigliato alla madre di poter svolgere un percorso

individuale per avere lo spazio adeguato dove poter affrontare i propri problemi.

Con Leonardo, è stato importante condividere gli obiettivi su cui avremmo potuto intervenire. Inizialmente è stato discusso circa i costi e i vantaggi che poteva avere sia se avesse imparato a gestire emozioni come rabbia e ansia in modo funzionale, sia se avesse acquisito nuove strategie per la gestione delle condotte oppositive.

Per ragionare con Leonardo sull'utilità di un incremento dei tempi di attenzione e di una miglior gestione dell'impulsività, è stato utile riprendere Abc già fatti in assessment, oltre che esempi di situazioni accadute all'interno della nostra relazione (es: passaggio da un discorso all'altro, non portare a termine giochi...); insieme si sono valutate le possibili ripercussioni su se stesso e sull'ambiente, sperimentando l'importanza dell'aumento dei tempi di attenzione effettuati già in seduta mentre io parlavo e lui mi ascoltava.

Per intervenire sul *miglioramento del controllo degli impulsi a seguito di frustrazioni* si è proceduti costruendo una token economy da realizzare nell'ambiente familiare, mentre nel setting clinico si è proceduto con tecniche di rilassamento (ad esempio la respirazione profonda), modifica del dialogo interno (ad esempio con la realizzazione di materiale utile a darsi autoistruzioni; individuazione di tecniche di distrazione), brainstorming su comportamenti funzionali o disfunzionali nella gestione della rabbia e scelta di quelli utili ad abbassare l'intensità della rabbia attraverso la valutazione delle possibili conseguenze. Nel contesto scolastico, le insegnanti hanno dato a Leonardo un numero massimo di gettoni, ognuno dei quali corrispondeva un'autorizzazione ad uscire dalla classe per qualche minuto nel corso di un'ora di lezione. Leonardo è stato posto nella condizione di imparare ad autogestire i gettoni in base al bisogno che sentiva di uscire. Sono state fornite anche delle strategie da attuare per poter recuperare gettoni qualora avesse dimostrato un atteggiamento di "gentilezza" nei confronti dei compagni.

Si prosegue poi con il lavoro sul *miglioramento dei tempi di attenzione* attraverso token economy e Software Erickson: *Attenzione e Concentrazione: 7 test e 12 training di potenziamento*.

Mentre si porta avanti il lavoro con Leonardo, è utile fare qualche incontro anche con i genitori, affinché sia possibile andare a ridurre i fattori di mantenimento che si sono instaurati nella relazione con Leonardo.

Ciò permette anche di incrementare in loro una maggiore consapevolezza e provare a mettere in atto strategie utili da attuare con Leonardo. Oltre al colloquio con i genitori, è utile creare un ponte con il corpo docente, al fine di proseguire tutti nella stessa direzione. Questo tipo di lavoro permette un mantenimento e rinforzo del lavoro che si decide di fare in seduta.

Valutazione di esito

Al momento quello che è possibile rilevare è un miglioramento dei tempi di attenzione sia nel setting clinico (10 minuti + 10 minuti), sia nel contesto scolastico in quanto le insegnanti riferiscono un incremento del tempo che Leonardo dedica all'esecuzione di un compito (riesce ad arrivare alla metà del compito previsto senza sollecitazioni). Si rileva altresì una miglior gestione del bisogno di

muoversi: nel contesto scolastico Leonardo sembra aver imparato a gestirsi i gettoni che ha a disposizione per l'uscita dall'aula, arrivando qualche giorno anche a farne avanzare qualcuno.

Tuttavia resta il bisogno di incrementare il lavoro rispetto alla sintomatologia ansiosa legata all'idea di sè come "stupido". A proposito di questo, significativa è la resistenza della mamma ad iniziare un proprio percorso terapeutico (motivato dalla mancanza di tempo), poiché, come ricostruito nella formulazione, rappresenta un importante fattore di mantenimento. Non si è ancora lavorato invece sull'aspetto della gestione delle condotte oppostive, poiché per quanto importanti, secondo il funzionamento di Leonardo, sembra essere prioritario l'intervento sull'aspetto controllo degli impulsi.

Relazione terapeutica

La relazione con Leonardo è stata fin da subito buona; è arrivato la prima volta in stanza cercando di presentare la sua parte migliore. Leonardo è un bambino che ha un forte senso comico, teatrale e prova piacere nello stare al centro dell'attenzione. È un bambino che sin da subito è disposto a parlare di ciò che gli provoca ansia. La parte più difficile nella relazione con Leonardo è stata quella della gestione delle frustrazioni: nel fare diversi giochi da tavolo, al momento della sua perdita Leonardo iniziava a presentare un comportamento di natura rabbiosa e provocatoria: sbattere pugni sul tavolo, strappare i fogli, piangere, urlare, voler scappare dalla stanza. Non vedendo un cedimento da parte mia, iniziava ad attuare un comportamento volto all'induzione di colpa in me (*Iagna*, pianto, ..) riproponendo, esattamente, lo stesso schema attuato a casa con la figura materna. Non notando alcun cedimento da parte mia, era pronto a ripartire con lo schema della rabbia/protesta. Inizialmente queste crisi si presentavano ogni volta che perdeva una partita e duravano per circa 40 minuti. Ad oggi questa manifestazione comportamentale si è ridotta sia in termini di frequenza che di intensità: difatti ci sono delle frustrazioni che ora Leonardo ha imparato a tollerare e, seppure emerge la "crisi", la durata non è mai superiore ai 10 minuti. Con Leonardo è sembrato essere utile la coerenza e la prevedibilità del mio comportamento e la validazione delle sue emozioni.

Nella relazione, altro passo importante, è stato condividere i risultati da lui raggiunti con la mamma ed il papà. Ciò è stato fatto in sua presenza per farlo sentire parte attiva nella terapia e motivarlo ad impegnarsi negli homework che gli consegnavo.

Federica Codini, Psicologa, Grosseto

Specializzanda in psicoterapia cognitiva, training Gragnani e Romano

e-mail: codinifederica@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