

## La patologia cronica e i disturbi di personalità

Camilla Santini<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psicologa, Psicoterapeuta

### *Riassunto*

In questo lavoro si intende affrontare il tema della patologia cronica associata a disturbi di personalità e di come tali strutture di personalità, associate ad una malattia organica irreversibile, possano costituire un ostacolo per l'accettazione e la gestione della patologia. Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Il percorso di cura per un paziente con patologia cronica è complesso e gli interventi si snodano nelle differenti fasi della malattia: dalla comunicazione della diagnosi, alle difficoltà di gestione della malattia (come prendersi cura di un corpo malato) e alle difficoltà che questa comporta nella vita quotidiana. L'intervento terapeutico si complica quando si ha a che fare con persone affette da patologia cronica in comorbidità con i disturbi di personalità in quanto la loro presenza può inficiare sull'accettazione e la ridefinizione del cambiamento di vita. Il presente elaborato si propone di illustrare le difficoltà che possono emergere nel trattamento di tale tipologia di pazienti e di proporre un intervento mirato.

*Parole chiave:* Chronic pathology and personality disorders

### **Chronic Pathology and Personality Disorders**

#### *Summary*

The aim of this paper is to address the issue of chronic pathology associated with personality disorders and how such personality structures, associated with an irreversible organic disease, can constitute an obstacle to the acceptance and management of pathology. The objectives of treatment in patients with chronic, not being able to be addressed to healing, are aimed at improving the clinical picture and functional status, minimizing symptoms, disability prevention and improvement of the quality of life. The treatment path for a patient with chronic pathology is complex and the interventions involve the different stages of the disease: from the communication of the diagnosis, to the difficulties of managing the disease (how to care for a sick body) and the difficulties that this entails in daily life. Therapeutic intervention is complicated when dealing with people suffering from chronic pathology in comorbidity with personality disorders as their presence can be an obstacle to the acceptance and redefinition of life change. This paper aims to illustrate the difficulties that may arise in the treatment of this type of patient and to propose a targeted intervention.

*Key-words:* Chronic pathology; personality disorders

### **Introduzione**

Nel lavoro presso l'ambulatorio per la presa in carico del paziente cronico mi sono confrontata con svariate problematiche portate nella stanza di terapia, molte delle quali relative alla fatica di accettare un cambiamento così grande nella propria vita e al come poter far spazio ad una nuova visione di se stessi e del futuro. Alcuni percorsi di cura hanno avuto una conclusione soddisfacente in

Camilla Santini., La patologia cronica e i disturbi di personalità, N. 33, 2024, pp. 23-41.

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](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

quanto gli obiettivi che ci eravamo posti sono stati raggiunti, altri invece hanno abbandonato, con mio dolore, il percorso in maniera brusca. Altri ancora mi hanno fatto pensare perché assolutamente non intenzionati ad accettare tale condizione di malattia e più orientati ad esprimere a gran voce l'ingiustizia subita, o ad ignorare le indicazioni mediche nell'ostinata idea che si fossero sbagliati nella diagnosi o volendo continuamente sfidarsi. Con questi pazienti ho lavorato molto ed intensamente sulla relazione terapeutica prima di poter procedere nel percorso di accettazione e queste persone mostravano tutti funzionamenti di personalità con cui spesso ho dovuto "scontrarmi" e ricordarmi che, benché fossero malati, cronicamente malati, il loro stile di personalità era così rigido da mettere un muro tra la gestione vera e propria della patologia e me, che si supponeva fossi lì proprio per aiutarli in quel percorso.

In particolare dal lavoro con un paziente narcisista è nata l'idea di affrontare il tema della cronicità nei disturbi di personalità, poiché la difficoltà nella terapia e nella relazione terapeutica non si spiegava solo per la gravità della patologia e dalle conseguenti limitazioni che aveva comportato: i tratti personologici sono risultati talmente rigidi e palesi da rendere il percorso complesso e tuttora in evoluzione. Brevemente, il paziente D., dopo un intervento mirato a rallentamento della perdita della vista a seguito di un peggioramento di una pregressa maculopatia, risultava ipovedente con un residuo visivo pari al 20% con prognosi negativa. A seguito dell'operazione giungeva presso l'ambulatorio, lamentando umore depresso e ansia. Riporto due stralci per me esemplificativi del funzionamento del paziente, uno appartenente al primo colloquio (I), uno dopo 9 mesi di terapia (II).

I)

D. "Guardi, le dico subito che hanno insistito per farmi venire qui ma non ho fiducia né tanto meno penso possa aiutarmi."

Terapeuta "Allora perché non partiamo da qui: come mai secondo lei le volontarie hanno pensato che le servisse uno psicologo?"

D. "Dicono che non mi vedono reagire, che sono depresso. Ovvio che sono depresso, non ci vedo più. Come dovrei stare?"

Terapeuta "Si sono preoccupate per lei dunque."

D. "Sì ma è il loro lavoro no?"

Terapeuta "Come operatrici possono proporle di affrontare il problema con uno specialista, non sono pagate per insistere affinché lei ci vada"

D. "Saranno invaghite di me, che ne so. Anche la psichiatra mi ha detto che è pieno di crocerossine in questo mondo"

Terapeuta "Lei ha fatto una visita con..."

D. "La interrompo, lei è specializzata nella cecità giusto?"

Terapeuta "Come scusi?"

D. “Ha un master, una laurea o che so io per la cura di ciechi e ipovedenti?”

Terapeuta “No, mi occupo di patologie croniche ma non ho una specializzazione...”

D. “Beh senta, allora sono proprio certo che non potrà aiutarmi. Io voglio parlare con una specialista.”

Nonostante non avessi la specializzazione richiesta D. decise di proseguire il percorso, riporto un altro pezzetto di colloquio avvenuto mesi dopo. Ad un mio commento positivo rispetto ad un colloquio di lavoro promettente avuto qualche giorno prima, D. rispose con toni alterati.

II)

D. “Perché mi fa i complimenti come se avessi 12 anni? Perché così pensa che ora che sono a posto basta, posso anche fare da solo? Secondo lei è la vita che vorrei questa? Fare il centralinista, io? Che schifo. Tu non mi stai aiutando anzi mi sembra che stia io qui a darti una mano ad aiutarmi. Mi sembra che giriamo attorno e quando esco da qui sto male come prima, proprio non mi cambia nulla.”

Mi sono dunque ritrovata ad osservare, ed imparare, che i disturbi di personalità contribuiscono in maniera importante all'allontanamento delle persone malate dall'accettazione della propria condizione, mantenendo la sofferenza e non permettendo l'acquisizione di nuove strategie che sarebbero tornate loro più utili. La domanda che mi ha portato a scegliere questo argomento è: quanto incidono i disturbi di personalità nella gestione della patologia cronica? E ancora, quale lavoro intraprendere con questa tipologia di pazienti per poterli avvicinare all'accettazione e ad una buona gestione della propria malattia? A parità di patologia, alcuni individui riescono a procedere in una elaborazione sana di malattia e altri invece incorrono in difficoltà più evidenti: la presenza di disturbi di personalità può risultare un ostacolo per l'accettazione e la ridefinizione del cambiamento di vita. La rigidità che contraddistingue i disturbi di personalità, insieme alle disfunzioni riguardanti il sé individuale e le relazioni interpersonali, di solito compromette la capacità di pensare e comportarsi in modo vario, nuovo e flessibile; interferendo così con l'adattamento psicologico alle situazioni di sfida (Di Mattei et al., 2018).

I disturbi di personalità costituiscono una sfida anche a livello assistenziale. Le persone con disturbo di personalità possono avere difficoltà di comunicazione, nella costruzione di relazioni di fiducia e nel rispettare i confini (Nicolò et al., 2023). Questo può essere estremamente stressante per il personale e talvolta può provocare atteggiamenti negativi verso questa tipologia di utenti con il rischio di impattare sulla qualità e continuità delle cure ricevute.

### **Malattia cronica e salutogenesi**

La patologia cronica è una malattia che presenta un quadro sintomatico che non si risolve nel

tempo né giunge a miglioramento. Una diagnosi di patologia cronica, oltre a costituire una rottura nella vita e nell'ideale di vita della persona, provoca uno shock emotivo che rimanda all'incertezza del futuro e dei cambiamenti a cui andrà incontro e alle difficoltà che si presenteranno in ambito familiare, relazionale, professionale, sociale e anche economico. Se, ad esempio, abbiamo a che fare con una patologia acuta, spesso ci troviamo di fronte a persone spaventate ma orientate alla risoluzione della malattia, che per definizione è temporanea ed insorge in maniera improvvisa: è un evento rischioso ma una volta superato la persona ritorna in modo più o meno naturale verso la riacquisizione della propria routine quotidiana.

Le patologie croniche hanno invece un'insorgenza lenta e silenziosa anche nell'arco di molti anni, spesso non sono precedute da segnali acuti di allarme e il danno emerge a distanza di tempo dall'esordio della malattia. In quest'ottica ci troveremo a confrontarci con persone malate che manifesteranno sentimenti di perdita della salute e della propria integrità, con pensieri negativi legati al futuro che è visto come incerto, doloroso e senza speranze. Quando l'individuo si mette a confronto per la prima volta con una malattia cronica si indirizza verso una strada articolata che generalmente ha inizio con una crisi riferita al periodo della diagnosi, in cui si mettono a confronto i sintomi e le esigenze legate alla malattia. Oltre alla presa di coscienza di eventuali cambiamenti della routine quotidiana, la persona potrà avere a che fare con un corpo che non riconoscerà più, un corpo malato che muterà con conseguenze e riflessioni sulla propria identità, sui progetti di vita e il modo con cui vive le relazioni.

La malattia si impone nella quotidianità del paziente e della sua famiglia, ridefinendo ruoli, priorità che hanno bisogno di tempo per venir assorbiti e reintegrati. Questo può avere un impatto profondo sul senso di competenza dell'individuo (autoefficacia), soprattutto in una società che valorizza l'efficienza e la capacità di farcela da soli. Inoltre, la perdita di funzionalità comporta, spesso, la perdita di autostima, oltre che la percezione di una chiusura con il tipo di persona che si era prima dell'insorgere della patologia, con la conseguente percezione di una frattura nel senso di continuità (Ripamonti, 2010).

A seconda del tipo di patologia diagnosticata e della relativa prognosi il professionista può trovarsi di fronte a sé un individuo in difficoltà per la gestione del lutto per la perdita della persona che era, della vita che conduceva, preoccupato di dover fare i conti con un corpo che lo sta tradendo portandolo alla morte. La persona malata subisce un cambiamento del proprio ruolo sia in ambito familiare che sanitario, dove molto spesso percepisce la perdita di controllo sulla gestione del proprio corpo, divenendo oggetto di cura, piuttosto che soggetto attivo e consapevole (Trabucco, 1998; Ripamonti, 2010). Questa varietà di reazioni di fronte alla patologia cronica e le strategie messe in

atto, in un'ottica cognitivista, è riconducibile non tanto al fattore malattia, piuttosto al significato che la persona attribuisce al sé malato.

Numerosi sono gli studi che hanno evidenziato la maggiore incidenza di disturbi d'ansia e dell'umore, fino ad un maggior rischio suicidario nei pazienti affetti da patologie croniche rispetto a campioni normativi (Siegel e Leaks, 2002; Nordenstrom, 2011). Ancora, La letteratura scientifica riporta numerose ricerche su come la modalità di vivere la malattia incida sulla vita delle persone: in una ricerca di Cook et al. (2015) si notò che circa il 20% delle persone sopravvissute al cancro mostravano credenze metacognitive negative che mantenevano stati ansioso-depressivi e disturbo post traumatico da stress. L'idea avanzata è dunque quella di un approccio bio-psico-sociale nei confronti della persona malata per poter trattare in maniera armonica il sistema complesso, messo a rischio dalla patologia, e accompagnare il paziente nel percorso di accettazione e cura in tutte le sfaccettature della sua esistenza. Per poter affrontare al meglio questa tipologia di malattia è indispensabile che la persona si assuma la responsabilità della gestione del proprio percorso di cura, che non può prescindere dalla cura del proprio stato emotivo, sviluppando nel mentre un rapporto di fiducia e collaborazione, non completamente sbilanciato e asimmetrico come spesso accade, con l'equipe curante.

Più un individuo conosce la sua condizione, più se ne può prendere cura in maniera efficace; in particolare l'assunzione di responsabilità in questo senso è legata alla percezione di autoefficacia nella gestione della malattia e al *locus of control* della salute: studi nel settore evidenziano che promuovendo l'empowerment del paziente si aumenta l'aderenza alla cura ed aumento della fiducia tra medico e paziente (Nàfradi et al., 2017). Nell'essere consapevoli e responsabili gioca un ruolo fondamentale anche la rappresentazione, cognitiva ed emotiva, che il paziente ha della propria malattia: essa si forma in combinazione con l'idea che ha di sé, nell'interazione con le persone e le fonti di informazioni da cui attinge durante il percorso diagnostico e di cura. Secondo il modello di regolazione di Leventhal e collaboratori (2003) le persone sottoposte a cure mediche possiedono teorie implicite delle loro malattie, le quali esercitano una forte influenza sia sul modo in cui queste vengono affrontate, sia su come vengono valutate e regolate le cure (Zani B, Cicognani E. 2000.). Per proseguire nel processo di presa di responsabilità della propria cura ed accettazione è importante che esista un buon processo di regolazione emotiva, così da permettere alla persona, ad esempio, di scegliere a quali situazioni prestare attenzione (a cosa partecipare attivamente), di focalizzarsi e fare valutazioni ponderate delle minacce e dei fattori stressanti provocati dalla malattia, a tollerare l'incertezza sul futuro, ad accettare la malattia e l'impatto sulla quotidianità, a coltivare le risorse necessarie per prendersi cura di sé. In quest'ottica dunque l'ipotesi di adozione del paradigma

salutogenetico (Antonovsky, 1996) potrebbe dare utili informazioni sul perché alcune persone si mantengono in salute anche a fronte di eventi traumatici e altamente stressanti. Il pensiero salutogenico presuppone, infatti, che tutte le persone siano più o meno sane e più o meno malate: l'obiettivo è capire in che modo un individuo può diventare più sano o meno malato. In questo paradigma la salute è vista come un continuum salute-malattia in cui ciascuna persona si può collocare in un dato momento della sua vita.

La capacità di spostarci verso una condizione di salute o malattia dipende dalle *risorse generali di resistenza*, ossia le capacità di una persona o di una collettività di far emergere le proprie risorse con cui fronteggiare fattori di stress (Antonovsky, 1996).

Tali *risorse generali di resistenza* fanno riferimento a tre fattori, che nell'insieme compongono il *senso di coerenza* uno dei principali indicatori di salute, e che sono la comprensibilità (cosa sta succedendo), la gestibilità (cosa posso fare io) e il significato (come e perché sta accadendo). Tanto più la persona avrà un senso di coerenza alto nei confronti degli eventi che gli capitano, tanto più tali eventi diventano coerenti nel campo di significato della persona e diventano affrontabili.

### **Lo scoglio dei disturbi di personalità nell'ambito della patologia cronica**

#### *Dalla malattia fisica all'impatto sulla salute mentale*

Oltre ai cambiamenti fisiologici che si verificano con la malattia cronica, i cambiamenti enormi stili di vita che accompagnano la malattia possono associarsi a come gli individui percepiscono se stessi. La malattia cronica può avere un effetto diffuso su quasi ogni aspetto della vita dell'individuo: danneggia la mobilità (Guralnik et al., 1993), mette il peso dell'assistenza sui propri cari (Emanuel, Fairclough, Slutsman, & Emanuel, 2000), e può essere finanziariamente devastante (Wolff, Starfield, & Anderson, 2002). Per chi ne soffre, tutti questi fattori, nel tempo, possono avere effetti duraturi sulla personalità. Per esempio, la dipendenza da un *caregiver* può condurre l'individuo a percepirsi come meno competente e meno capace; persone con una spiccata difficoltà nel chiedere aiuto e accudimento potrebbero patire la posizione di passività e di necessità dell'altro. Diversi studi hanno evidenziato la maggiore incidenza di disturbi d'ansia e dell'umore, fino ad un maggior rischio suicidario nei pazienti affetti da patologie croniche rispetto a campioni normativi (Reid, et al.1991; Siegel e Leaks, 2002; Nordenstrom, 2011). Il tema della perdita, del cambiamento e del convivere con una malattia è ampiamente trattato in letteratura e l'interesse è in particolare rivolto all'effetto della malattia cronica sul proprio sé. Tra le caratteristiche più negative si sottolinea quella che arriva a ridurre l'individuo alla sola malattia di cui è portatore e non più come individuo con una patologia (Gibson et al., 2005). Altre evidenti distorsioni negative, causate dalla malattia in relazione alla

propria vita e alla propria identità, sono inoltre costituite dall'abbandono dei propri progetti personali o professionali e il distacco talvolta perfino volontario che avviene tra la persona malata e le persone a lei più vicine (Charmaz, 1994b; Gibson et al., 2005). Le persone talvolta scoprono e imparano a conoscere i nuovi limiti del proprio corpo e sviluppano nuove identità in stretta relazione con la malattia cronica alla quale sono soggette (Adams, Pill e Jones, 1997; Michael, 1996). Altre invece negano la propria identità di malato cronico o tentano di sminuire l'impatto che essa ha sulla propria vita (Adams et al., 1997; Charmaz, 1994b; Goldman e Maclean, 1998). Queste diverse reazioni alla malattia influenzeranno in maniera differente la vita della persona e l'accettazione della malattia stessa.

#### *L'impatto dei fattori emotivi sulla malattia fisica*

Identificare quali caratteristiche di personalità tendono a predisporre al disadattamento e al disagio potrebbe aiutare in modo significativo i clinici a pianificare interventi psicologici specifici volti a sostenere gli individui più vulnerabili. L'influenza della salute psicologica nell'eziologia delle malattie croniche è oggi un argomento centrale del dibattito scientifico (Eikeseth et al., 2020; Martino et al., 2021a; Sardella et al., 2021). I pazienti che affrontano una condizione cronica sperimentano un disagio emotivo complesso che spesso viene trascurato quando si prendono in considerazione le cure mediche (Gatchel, 2004; Turner & Kelly, 2000). Tuttavia, la ricerca in neuropsicologia ha ampiamente dimostrato una forte relazione tra il funzionamento psicologico e l'espressione dei sintomi nelle malattie croniche (Catalano et al., 2018; 2020; Fiegl et al., 2019; Kelly et al., 2020; Martino et al., 2019; 2021; Vicario et al., 2020). Diversi studi hanno dimostrato che il funzionamento della personalità è associato al decorso della malattia e alla probabilità di sopravvivenza (Beresford et al., 2006; Galli et al., 2019; Koole & Rothermund, 2011), il che suscita particolare interesse per l'aspetto strutturale del funzionamento psicologico nell'insorgenza delle malattie croniche. Tra gli altri fattori che contribuiscono all'insorgenza e al decorso delle malattie croniche, le esperienze avverse nell'infanzia ed eventi di vita attuali stressanti aumentano il rischio di sviluppo e di una peggiore progressione delle malattie croniche (Davis et al., 2014; Pervanidou & Chrousos, 2012;). In una ricerca di Dube e colleghi (2009) gli autori indagarono se lo stress traumatico infantile aumentasse il rischio di sviluppare malattie autoimmuni da adulti: i risultati confermarono che gli eventi stressanti come la presenza di abusi (fisici, mentali, emotivi), divorzio, disturbi mentali etc. nell'infanzia aumentato la probabilità di ricovero in ospedale con una malattia autoimmune diagnosticata decenni dopo in età adulta. Questi risultati sono coerenti con i recenti studi biologici sull'impatto dello stress precoce sulla successiva risposta infiammatoria. Ancora, è stata dimostrata una correlazione positiva tra esperienze avverse nell'infanzia, tra cui neglet, abuso e

abbandono, e il rischio di cardiopatia ischemica: gli autori evincono dai risultati che l'impatto psicologico di esperienze negative nell'infanzia abbia un ruolo più decisivo rispetto ai fattori di rischio tradizionali per lo sviluppo di cardiopatia ischemica (Dong M. et al., 2004).

Un altro tratto di personalità frequentemente associato alle malattie croniche è l'alessitimia (Barbosa et al., 2011; Saariaho et al., 2013) definita come l'incapacità di distinguere tra emozioni, pensieri e le risposte fisiologiche agli stimoli. L'alessitimia è stata associata all'*iperarousal*, ai sintomi fisici e ai comportamenti compulsivi non salutari, a malattie infiammatorie intestinali, fibromialgia e diverse altre condizioni mediche (Martino et al., 2021b; Lumley et al., 2005; Settineri et al., 2019; Shinkov et al., 2018; Willemsen et al., 2008). Alti livelli di ansia e depressione sono anch'essi correlati all'alessitimia, soprattutto nei pazienti con scarsa compliance e aderenza, che concorrono a peggiorare il quadro clinico e il decorso delle malattie croniche (Barchetta et al., 2021; Gangemi et al., 2021; Leweke et al., 2012; Myles & Merlo, 2022b; Mnif et al., 2014; Stanton & Hoyt, 2017). Capire cosa si prova, metterlo in parole e comunicarlo a un destinatario è necessario per la salute e l'adattamento: infatti le emozioni sono un aspetto fondamentale del funzionamento umano selezionato dall'evoluzione. La conoscenza e il riconoscimento delle esperienze interne permette di effettuare molte operazioni necessarie per vivere una vita sociale soddisfacente e per affrontare i fattori di stress. Se comprendo che il mio cuore batte forte perché sono in procinto di sostenere un esame mi impegnerò di più nello studio, se comprendo che sto provando un malessere legato al senso di colpa per aver mentito ad un amico, cercherò di non ripetere questo comportamento in futuro. Parallelamente, comunicare agli altri cosa si prova può aiutare a facilitare gli scambi sociali di base: se l'altra persona sa cosa si prova, può essere pronta a dare risposte adeguate.

L'alessitimia viene considerata una dimensione in parte riconducibile a un più generale deficit metacognitivo, di integrazione e di mentalizzazione (Dimaggio, Semerari, 2003; Velotti et al., 2016). Tale dimensione può variare da uno scarso monitoraggio metacognitivo dell'esperienza emotiva, in cui la persona è in difficoltà nella discriminazione di emozioni diverse, a una vera e propria mancanza di consapevolezza dell'emozione, codificata come un puro processo fisiologico (Liotti, 2001). L'alessitimia è un fattore che riduce significativamente la capacità di prendersi cura di se stessi, di mettere in atto e mantenere comportamenti rivolti alla salvaguardia della propria salute e di rispondere alle manifestazioni fisiche della malattia per tempo e in maniera congrua. Numerose sono le ricerche che si sono interessate della dimensione di mantenere comportamenti rivolti alla salvaguardia della propria salute e di rispondere alle manifestazioni fisiche della malattia per tempo e in maniera congrua. Numerose sono le ricerche che si sono interessate della dimensione di tale condizione nell'ambito delle patologie ed è emerso come essa costituisca un fattore di vulnerabilità



per lo sviluppo di patologie fisiche, oltre ad influenzarne il decorso e la gestione (Baiardini et al., 2011). La difficoltà nei pazienti alessitimici di far fronte ad emozioni legate ad eventi o situazioni stressanti, come la gestione di una patologia cronica, li porta a mettere in atto strategie di  *coping*  orientate all'evitamento, come il disimpegno comportamentale, fumo, abuso di alcol e sostanze, cattiva alimentazione, stili di vita controproducenti che vanno ad incidere sulla malattia. Questo ha ripercussioni anche sull'aderenza alla terapia farmacologica, sulla qualità di comunicazione medico-paziente, sulla qualità di vita e sui più elevati livelli di stress (Chugg et al., 2009). La rigidità che contraddistingue i disturbi di personalità, insieme alle disfunzioni che riguardano il sé e le relazioni interpersonali, compromette la capacità di pensare in modo vario e nuovo e di adottare comportamenti flessibili, interferendo così con l'adattamento psicologico a situazioni complesse (Wynn 2015).

Di seguito ho deciso di prendere in esame alcuni disturbi di personalità per poter entrare nello specifico delle rigidità messe in atto da questa tipologia di pazienti. Nel disturbo narcisistico di personalità, ad esempio, la malattia può essere vissuta come un'aggressione alla propria immagine di sé inteso come valore personale e portare ad una attivazione di un sistema difensivo rigido e pervasivo: la realtà può quindi essere distorta a vantaggio della tutela del proprio equilibrio psichico ma a sfavore di una buona adesione al percorso terapeutico.

Anche la gestione delle dinamiche relazionali con questi pazienti può rivelarsi particolarmente complessa. È frequente, infatti, che pazienti con personalità narcisistica cerchino di catalizzare l'attenzione su di sé, abusino della disponibilità altrui (Kacel, Ennis, & Pereira, 2017), mettano in dubbio la competenza dei curanti (Ivey, 2005) o richiedano di interagire solo con le figure più autorevoli, rifiutando gli altri membri dello staff (Magidson et al., 2012). In una recente ricerca condotta su pazienti con diagnosi di cancro e disturbo narcisistico di personalità (Cheli, Mancini, 2019) emerge come la presenza di tale disturbo possa contribuire ad aggravare la condizione medica e psicologica. Nello specifico sono state osservate grandi resistenze nei pazienti ad affidarsi all'altro, poiché davanti all'immagine di sé fragile e bisognoso si attivava una percezione dell'altro come incapace di fornire aiuto o minaccioso e umiliante. In conseguenza i pazienti si mostravano ostili verso chi si proponeva di offrire supporto portando così ad una prognosi sfavorevole del decorso della malattia. Ad esempio, il paziente con disturbo di personalità narcisistico a cui avevano diagnosticato una degenerazione della maculopatia dell'occhio destro (presentato nell'introduzione), pretendeva di venir seguito da uno psicologo specializzato in cecità. Bisogna inoltre tenere conto anche della natura del rapporto curante - malato che è spesso asimmetrica e caratterizzata da una tendenza all'idealizzazione che si presta a far emergere e rafforzare questi aspetti di personalità.

I pazienti con diagnosi di disturbo di personalità paranoide, schizoide e schizotipico sono caratterizzati da modelli di pensiero e comportamento atipici come: difficoltà nello stabilire relazioni interpersonali; predilezione per lo stare da soli e in disparte rispetto alla società; senso di inadeguatezza ad adattarsi al mondo esterno, scarsa empatia o manifestazione di tratti di insensibilità e distacco e scarsa o nulla consapevolezza del proprio disturbo. In quest'ottica le procedure mediche e le interazioni con il personale socio-sanitario potrebbero esacerbare i sentimenti di offesa o minaccia, richiedendo quindi una particolare cautela da parte dell'equipe. Potrebbe essere importante aiutare i pazienti a mantenere un senso di controllo della situazione, istruendoli e rendendoli partecipi circa le procedure di cura e, se possibile, coinvolgendo amici o parenti familiari per sostenerli e incoraggiarli. Pazienti con diagnosi di disturbo *borderline* di personalità costituiscono una vera e propria sfida (Hay e Passik 2000) in particolare a causa dell'instabilità emotiva e dall'immagine distorta di sé, dalle sensazioni di inutilità e dall'idea di essere fundamentalmente difettosi di cui soffrono tali pazienti. Vi è una oscillazione rapida lungo intensi stati di rabbia, furia, dolore, vergogna, panico, terrore ed un sentimento cronico di vuoto e solitudine. Si tratta di individui che si differenziano dagli altri sia per l'elevata impulsività, sia per una intollerabile condizione di dolore ed urgenza. Un'altra caratteristica è la reattività umorale, contraddistinta da passaggi repentini che possono realizzarsi anche nell'arco di una giornata tra uno stato dell'umore ad un altro, stati disforici e periodi di serenità. I sentimenti di ansia, incertezza e disagio associati a una malattia cronica potrebbero esacerbare la vulnerabilità dei pazienti *borderline*, contribuendo a creare difficoltà significative nel contesto terapeutico: i pazienti *borderline* potrebbero rivolgere l'ostilità solo a certi membri dell'equipe, generando percezioni e sentimenti diversi all'interno del gruppo di cura. Tali distorsioni potrebbero dare conflitti gravi tra gli operatori sanitari e anche a causare un'assistenza incoerente e scissa. Inoltre, la mancanza di un senso di sicurezza di base, che caratterizza il disturbo *borderline* di personalità, insieme alla minaccia di una malattia potenzialmente fatale, potrebbe intensificare le paure di trascuratezza e abbandono, che portano i pazienti a diventare esigenti, ritirati, rifiutanti o manipolatori. Attraverso queste alterazioni nella regolazione della distanza sociale (Groves 1987), i pazienti tentano di mantenere l'autocontrollo e di prevenire una potenziale minaccia di abbandono. Seguendo queste considerazioni, l'intervento potrebbe essere orientato ad aiutare tali pazienti a sviluppare una percezione realistica della propria condizione e del personale e chiarire le strategie disfunzionali di ricerca di aiuto per trovarne di più funzionali.

Pazienti con disturbo di personalità ossessivo-compulsivo, evitante e dipendente, nonostante presentino funzionamenti e sintomatologie differenti, hanno in comune condotte ansiose o inibite,

sensazione di allarme costante, paura generalizzata e l'insicurezza nell'agire. Il senso di autostima è generalmente basso e vi è l'avversità ad assumere rischi nella vita. In un paziente con disturbo di personalità evitante e diagnosi di patologia cronica potremmo osservare alla messa in atto dell'evitamento come unico comportamento autoprotettivo da ciò che provoca malessere e dalle proprie emozioni negative; tale comportamento non permette di sviluppare quelle risorse ed abilità necessarie nelle relazioni, così come la capacità di venire a contatto con le proprie emozioni. Esiste in questi casi un senso profondo d'estraneità e di distacco interpersonale che caratterizza i loro rapporti; in particolare emerge la presenza della sensazione di non appartenenza e non condivisione come tema di pensiero costante, intenso emotivamente e pervasivo in quanto in grado di influenzare ogni altro pensiero o comportamento (Procacci e Semerari, 1998). Tale aspetto sarebbe connesso al funzionamento metacognitivo, ovvero nella loro capacità di rappresentarsi la propria mente, quella altrui e procedere a confronti tra le due. Se ad esempio il paziente evitante si sentisse male a livello fisico, poiché convinti che la valutazione negativa dagli altri sia un dato di fatto, potrebbe compromettere la propria salute non chiedendo aiuto o isolandosi. L'umore depresso li porta a chiedere cure e costituisce il risultato fallito delle strategie di *coping* adottate da sempre; la tendenza al ritiro ed isolamento incrementa la vulnerabilità alla depressione nel Disturbo Evitante (Alnaes, Torgersen, 1997). Le cadute dell'autostima sono frequenti, in un'ottica di diagnosi di patologia cronica tale "etichetta" potrebbe venir vissuta dall'individuo come un ulteriore indizio di non appartenenza con la conseguenza di allontanarlo ancora di più dal gruppo, rinforzando i sentimenti di esclusione. Inoltre, la difficoltà a identificare gli stati interni porta a comunicare a fatica o per nulla i contenuti della propria sofferenza: questo potrebbe risultare un rischio sia per chi presta cura a livello sanitario, sia per il sia per il terapeuta che nella relazione deve fare appello a forti dosi di intuito e pazienza per ricostruire il discorso del paziente, deve essere preparato all'effetto "muro" che può avvertire sin dall'inizio nel corso del colloquio (Dimaggio et al, 1999)

L'irrigidimento e l'esacerbazione dei disturbi di personalità conseguente ad una diagnosi di malattia cronica potrebbe rendere molto complesso il trattamento di questa tipologia di pazienti e potrebbero in parte spiegare l'alto tasso di drop-out. La gestione della patologia cronica infatti andrebbe incontro a forti difficoltà proprio a causa di alcuni fattori peculiari dei disturbi di personalità, come gli stili di *coping*, le disfunzioni metacognitive e l'attivazione di schemi patogeni nella relazione con i curanti. Un approccio clinico integrativo che includa la valutazione e il trattamento dei tratti di personalità potrebbe fornire una comprensione approfondita dell'eziopatogenesi delle malattie croniche e favorire un trattamento personalizzato.

### **Il trattamento con pazienti affetti da patologia cronica e disturbo di personalità**

La malattia rappresenta un fattore esterno che favorisce il riaffiorare di rappresentazioni mentali e interpersonali già esistenti e ne predispone la creazione di nuove: la scarsa capacità di accedere al proprio mondo interno, la difficoltà nella lettura della mente dell'altro, le strategie maladattive e la non consapevolezza di come può variare l'immagine di sé costituiscono dei limiti importanti su cui lavorare per aiutare i pazienti nella cura e gestione della patologia. Il ruolo del terapeuta in tali contesti è quello di aiutare i pazienti a raggiungere la qualità di vita migliore possibile a fronte della malattia di cui è affetto. In particolare l'intervento mira alla gestione degli aspetti emotivi problematici, come quelli correlati all'impatto che la patologia ha avuto sulla loro storia di vita, tenendo in considerazione gli ambiti relazionali, sociali, lavorativi e familiari, e sull'aspettativa di vita stessa, intesa soprattutto in termini qualitativi. In quest'ottica la malattia è un agente esterno che promuove l'emergere di rappresentazioni interpersonali preesistenti o ne crea di nuove. Già nella fase di *assessment* possiamo notare le caratteristiche di personalità del paziente che ostacolano la convivenza con la malattia stessa, poiché la patologia cronica in primis va ad influire sul funzionamento globale della persona e sulle relazioni con le altre persone. Inizialmente i pazienti si presentano lamentando ansia o stati depressivi, quindi come primo obiettivo il terapeuta coinvolgerà il paziente aiutandolo a regolare il disagio emotivo che prova tramite l'introduzione di tecniche di *Mindfulness*, intesa come "capacità di mantenere viva la consapevolezza verso la realtà presente". L'abbassamento della sofferenza del paziente, manifestata con stati d'ansia e stati depressivi, permette infatti di poter creare un clima di fiducia all'interno della relazione terapeutica e di poter osservare gli stili di *coping* e i modi di entrare in relazione del paziente che sono connessi al senso di fragilità che prova. Non sempre il paziente si presenta lamentando una sintomatologia o è in grado di esprimere il proprio disagio emotivo, perciò succede che si soffermi sul dolore fisico derivato dalla patologia, o sui percorsi di cura e/o amministrativi complicati con cui si è spesso venuto a scontrare, o ancora sulle difficoltà incontrate nelle relazioni o in altri ambiti di vita. Vale la pena in queste situazioni validare la sofferenza emotiva che emerge dal racconto poiché specchio di come il paziente vive la propria malattia. L'utilizzo di tecniche di *Mindfulness* si è dimostrato efficace su ansia e depressione: lo scopo della pratica è favorire una maggiore consapevolezza e padronanza della propria ed unica esperienza di sofferenza attraverso uno sviluppo psichico di attenzione, presenza ed accoglienza a ciò che la mente ed il corpo vivono in nel momento presente.

L'intervento *Mindfulness* ha come intento il raggiungimento di una maggiore lucidità, non un benessere immediato, poiché presuppone la presa di coscienza della propria parte di responsabilità nella sofferenza che si prova. Tra le psicoterapie utilizzate per l'accettazione della patologia troviamo

L'*Acceptance and Commitment Therapy* (ACT), in particolare rivolta alla gestione dell'ansia legata alla malattia. L'ACT si focalizza sul cambiamento dei pattern comportamentali disadattivi, come il controllo e l'evitamento, che si attivano quando si avviano pensieri, emozioni e sensazioni fisiche dolorosi legati al proprio stato di salute. Le persone vengono aidate a coltivare e praticare il "non giudizio", tramite l'osservazione degli stati interni come fenomeni transitori e imparando a non reagire automaticamente quando insorgono. Ciò aiuta a interrompere il circolo vizioso che tipicamente si alimenta proprio a causa del processo di ricerca di rassicurazione: con il tempo i comportamenti protettivi, infatti, si rivelano inutili e causano un aumento dei timori legati al proprio stato di salute. La persona viene aidata a ridurre la risposta comportamentale rispetto ai pensieri e ai sintomi che generano ansia, permettendole di riprendere autonomia nella propria esistenza in base ai propri valori, a ciò che reputano davvero importante e prioritario, orientando la propria azione impegnata su ciò che è significativo anche in presenza degli stati interni spiacevoli e ostacolanti. Dal momento che gli individui con tratti o disturbi di personalità mostrano delle marcate difficoltà nel comprendere i pensieri e i sentimenti propri e altrui, nel regolare le proprie emozioni, nel relazionarsi in maniera adeguata con gli altri, l'utilizzo della Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) ha lo scopo di aumentare la metacognizione, consentendo alla persona di essere più consapevole degli stati mentali problematici che causano conflitti interpersonali (Dimaggio et al., 2015). Tutto ciò è finalizzato a mettere la persona nelle condizioni di adottare strategie alternative (rispetto a quelle disfunzionali) per ridurre la sofferenza psicologica e migliorare la qualità della vita. Risulta tuttavia difficile integrare interventi TMI nell'ambiente sanitario ospedaliero e territoriale in cui vengono seguiti: tale l'approccio TMI è auspicabile ma difficilmente applicabile in questi contesti nonostante sia risultato un intervento efficace nella presa in carico di pazienti con patologia cronica e disturbi di personalità. In questo complesso contesto, dove oltre ad una persona malata abbiamo a che fare con una struttura di personalità rigida, la terapia metacognitiva interpersonale fornisce una direzione verso due grandi aree di trattamento: la prima rivolta alla formulazione del funzionamento da condividere con il paziente rispetto agli schemi e ai significati che il paziente ha rispetto alla malattia e l'aderenza al trattamento (incluse le relazioni con i curanti), la seconda rivolta alla visione del proprio corpo, non solo come ammalato ma anche valutato nelle sue parti sane e reattivo. Gli obiettivi di trattamento in tali contesti sono rivolti al miglioramento della sintomatologia, della compliance ai percorsi di cura, il miglioramento della vita di relazione post diagnosi e al recupero di un senso di attività e vitalità (Dimaggio et al. 2022). L'obiettivo finale non è concretizzabile nella "guarigione" del paziente dal suo disturbo, piuttosto nella creazione di un accordo su mete condivise che tenga conto della patologia cronica, del disturbo di personalità e degli ostacoli che questo

potrebbe creare. Nella formulazione condivisa del caso il terapeuta, in stretta collaborazione con il paziente, si concentra sull'individuazione di vissuti dolorosi alla base della sofferenza legata alla patologia cronica e al rapporto con il percorso di cura. Tale individuazione permette di evidenziare come tali vissuti siano strettamente connessi all'attivazione di schemi personali disadattivi che sono le "lenti" con cui il paziente legge il mondo, sia interiore che esteriore, e che lo portano a mettere a fuoco ciò che accade all'interno delle sue relazioni nell'ambito della malattia. Se ad esempio mi troverò a lavorare con un paziente narcisista, che minimizza la portata della patologia mettendo in atto azioni che potrebbero aggravare la sua condizione, sarà necessario comprendere, tramite la richiesta di episodi narrativi, quali schemi interpersonali lo portino a mettersi in pericolo. Quello che tendiamo a vedere è il *coping* maladattivo, come ad esempio il minimizzare e rifiutare le cure, che costituisce il tentativo del paziente di evitare il contatto con gli affetti dolorosi legati alle immagini nucleari di sé, come, sempre seguendo l'esempio, l'emozione di tristezza intesa da impotenza. L'indagine di memorie associate alla sensazione di dolore legata alla patologia è possibile accedere ai vissuti della storia di vita che hanno reso quelle emozioni intollerabili oggi. Tale processo permette di aumentare la capacità di monitoraggio cognitivo, che è generalmente deficitaria nei disturbi di personalità, e condividere lo schema disfunzionale emerso che rende più chiaro al paziente come certe emozioni oggi verso la malattia di cui sono affetti, le loro reazioni nei confronti della cura e dei curanti siano legate ad una parte della loro storia personale. Quando dunque il paziente sarà consapevole di come tende ad agire e reagire di fronte al vissuto di malattia, una reazione antica, sarà possibile proseguire il percorso verso l'obiettivo comune, ovvero lavorare sul nucleo di sofferenza che viene protetto dal *coping* maladattivo. Tramite tecniche di *rescripting*, mirate a far rivivere al paziente il ricordo doloroso in cui, ad esempio, si erano sentiti inferiori e vulnerabili, di vivere un'esperienza emotiva correttiva modulando al contempo le credenze disfunzionali, quindi di percepirsi in quella situazione come capace. L'evocazione di tale solidità ha come obiettivo quello di riportare il paziente con patologia ad un senso di autonomia, di efficacia e di non percepirsi solo come debole e ammalato e di conseguenza a non utilizzare le strategie di *coping* maladattive per proteggere il sé vulnerabile (Dimaggio et al. 2022). L'ampliamento del contatto esperienziale con le parti sane facilita la differenziazione e fornisce la possibilità al paziente di rendersi conto che le immagini nucleari negative sul proprio sé possono convivere con altre immagini più benevole e altrettanto vere. Una volta riconosciuti gli aspetti positivi, sani e funzionanti di sé e dopo averli valorizzati, terapeuta e paziente tentano di promuovere la capacità di quest'ultimo di soffermarsi negli stati positivi e viverli durante la vita quotidiana. Per fare questo si chiede al paziente di esplorare nuove forme di relazione, sperimentare in ambiti che in precedenza sembravano

irragionevoli o fuori dalla portata e valutare in che modo le nuove esperienze possano generare un impatto positivo. Rientra in tale cambiamento anche il recupero con il contatto con il proprio corpo, che non venga percepito solo come un corpo malato che tradisce, che venga data la possibilità di essere sentito e visto anche nelle sue parti sane o comunque in grado di reagire al dolore, alla paura o alle limitazioni che la malattia impone (Di Maggio, 2022). Ampliare il contatto esperienziale con le parti sane: tale contatto a sua volta facilita la differenziazione e fornisce la possibilità al paziente di rendersi conto che le immagini nucleari negative sul proprio sé possono convivere con altre immagini più benevole e altrettanto vere.

Come già accennato, l'utilizzo della Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI) in contesto ospedaliero trova poco spazio ma rimane uno dei trattamenti più mirati per aiutare il paziente con patologia cronica e disturbo di personalità ad aumentare la metacognizione, consentendogli di essere più consapevole degli stati mentali problematici che causano conflitti interpersonali (Dimaggio et al., 2015). Tutto ciò è finalizzato a mettere la persona nelle condizioni di adottare strategie alternative (rispetto a quelle disfunzionali) per ridurre la sofferenza psicologica e migliorare la qualità della vita nonostante la malattia.

### **Conclusioni**

L'ipotesi che ho valutato in questo elaborato è che le persone affette da patologia cronica con tratti di personalità patologici siano particolarmente vulnerabili allo sviluppo di livelli elevati di stati ansioso-depressivi e che tale correlazione sia supportata proprio dalle caratteristiche specifiche del disturbo di personalità.

In quest'ottica un approccio combinato che si avvale di tecniche *Mindfulness* ed interventi ACT potrebbe risultare utile per prendere consapevolezza della malattia e del dolore che ne comporta e portare la persona a comprenderne la non esclusività nella propria vita, lasciando quindi spazio per altro. Le difficoltà poste dai tratti personologici, come abbiamo visto, potrebbero ritardare e compromettere il processo di accettazione e gestione della terapia: la terapia metacognitiva interpersonale in questo specifico contesto mira ad incrementare il funzionamento metacognitivo dell'individuo affinché possa prendere consapevolezza dei propri schemi interpersonali patogeni e modificare strategie disfunzionali. L'obiettivo nelle fasi più avanzate è quello di promuovere il cambiamento accedendo alle parti sane, vitali, di sé osservandole e sperimentandole nel quotidiano anche a fronte di un corpo malato.

Aumentando il funzionamento metacognitivo la persona diventa più consapevole e in grado di regolare i propri stati mentali problematici, acquisendo una migliore gestione delle sensazioni fisiche



legate alla malattia e rendendolo più consapevole a livello relazionale comportando beneficio per sé, per i *caregivers* e per l'*equipe* curante.

Il trattamento dei disturbi di personalità nell'ottica della diagnosi e gestione della patologia cronica potrebbero fornire una comprensione più approfondita del vissuto del paziente ed incrementare la compliance alle terapie ed ad uno stile di vita aderente alla cura. Inoltre permetterebbe alla persona malata di avere accesso anche alla visione delle sue parti sane e di non focalizzarsi solo su un corpo malato.

### Bibliografia

- Aaron Antonovsky, The salutogenic model as a theory to guide health promotion, Health Promotion International, Volume 11, Issue 1, March 1996, Pages 11–18, <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Adams, S., Pill, R. e Jones, A. (1997). Medication, chronic ill-ness and identity: The perspective of people with asthma. *Social Science & Medicine*, 45, 189-201.
- Alnaes, R. e Torgersen, L. 1997 Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, pp. 336-342.
- Baiardini I, Braido F, Ferraioli G, Menoni S, Bruzzone M, Conte ME, Gani F, Ridolo E, Scordamaglia A, Canonica GW. Pitfalls in respiratory allergy management: alexithymia and its impact on patient-reported outcomes. *J Asthma*. 2011 Feb;48(1):25-32. doi: 10.3109/02770903.2010.535883. Epub 2010 Dec 1. PMID: 21121763.
- Barbosa, F., Mota, C., Patrício, P., Alcântara, C., Ferreira, C., & Barbosa, A. (2011). The relationship between alexithymia and psychological factors in systemic lupus erythematosus. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6), 754–762.
- Beresford, T., Alfors, J., Mangum, L., Clapp, L., & Martin, B. (2006). Cancer survival probability as a function of ego defense (adaptive) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychosomatics* 47, 247–253.
- Catalano, A., Chilà, D., Bellone, F., Nicocia, G., Martino, G., Loddo, I., Morabito, N., Benvenga, S., & Loddo, S. (2018). Incidence of hypocalcemia and hypercalcemia in hospitalized patients: Is it changing?. *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 13, 9–13.
- Charmaz, K. (1994b). Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly*, 35, 2, 269- 288.
- Cheli S., Caligiani L., Martella F., De Bartolo P., Mancini F., Fioretto L. Mindfulness and metacognition in facing with fear of recurrence: A proof-of-concept study with breast-cancer women. *Psycho-Oncology*. 2019; 28:600–606. doi: 10.1002/pon.4984.
- Chugg K, Barton C, Antic R, Crockett A. The impact of alexithymia on asthma patient management and communication with health care providers: a pilot study. *J Asthma*. 2009 Mar; 46(2):126-9. doi: 10.1080/02770900802468525. PMID: 19253116.
- Cook S. A., Salmon P., Dunn G., Holcombe C., Cornford P., Fisher P. (2015). A prospective study of the association of metacognitive beliefs and processes with persistent emotional distress after diagnosis of cancer. *Cogn. Ther. Res.* 39, 51–60. doi: 10.1007/s10608-014-9640-x, PMID:
- Davis J, Mengersen K, Bennett S, Mazerolle L. Viewing systematic reviews and meta-analysis in social research through different lenses. Springerplus. 2014 Sep 10;3:511.
- Dimaggio, G., Procacci, M. e Semerari, A. 1999 Deficit di condivisione e di appartenenza, in Semerari A (a cura di) *Psicoterapia Cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*, Cortina, Milano, pp. 231-280.
- Dimaggio G, Semerari A. (a cura di) (2003), *i disturbi di personalità. Teoria e modelli*. Laterza, Roma-Bari.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A treatment manual*. London: Routledge.
- Dimaggio G., Di Pietro E., Marconi E., Polizzi C. (2022). Il corpo malato e i disturbi di personalità, in Bara, B.G. (a cura di), *Il corpo malato* (pp.557-588), Raffaello Cortina Editore.
- Di Mattei, V. E., Mazzetti, M., Taranto, P., Bernardi, M., & Carnelli, L. (2018). Personality disorders: the missing



- diagnosis in psycho-oncology?. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 15(4), 258-271.
- Dong M, Giles WH, Felitti VJ, Dube SR, Williams JE, Chapman DP, Anda RF. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation*. 2004 Sep 28; 110(13):1761-6.
- Dube SR, Fairweather D, Pearson WS, Felitti VJ, Anda RF, Croft JB. Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosom Med*. 2009 Feb;71(2):243-50. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181907888. Epub 2009 Feb 2. PMID: 19188532; PMCID: PMC3318917.
- Eikeseth, F. F., Sætren, S. S., Benjamin, B. R., Ulltveit-Moe Eikenæs, I., Sütterlin, S. & Hummelen, B. (2020). The test-retest reliability of heart rate variability and its association with personality functioning. *Frontiers in Psychiatry* 11:558145.
- Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., Slutsman, J., & Emanuel, L. L. (2000). Understanding economic and other burdens of terminal illness: The experience of patients and their caregivers. *Annals of Internal Medicine*, 132, 451–459. doi:10.7326/0003-4819-132-6-200003210-00005.
- Fiegl, S., Lahmann, C., O'Rourke, T., Probst, T. & Pich, C. (2019). Depression according to ICD-10 clinical interview vs. depression according to the epidemiologic studies depression scale to predict pain therapy outcomes. *Frontiers in Psychology* 10:1862.
- Galli, F., Tanzilli, A., Simonelli, A., Tassorelli, C., Sances, G., Parolin, M., Cristofalo, P., Gualco, I., & Lingiardi, V. (2019). Personality and Personality Disorders in Medication-Overuse Headache: A Controlled Study by SWAP-200. *Pain Research & Management*, 2019, 1874078.
- Gangemi, S., Ricciardi, L., Caputo, A., Giorgianni, C., Furci, F., Spatari, G., & Martino, G. (2021). Alexithymia in an unconventional sample of Forestry Officers: a clinical psychological study with surprising results. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(3).
- Gatchel R. J. (2004). Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *The American psychologist*, 59(8), 795–805.
- Gibson, P. R., Placek, E., Lane, J., Brohimer, S. O. e Lovelace, A. C. (2005). Disability induced identity changes in persons with multiple chemical sensitivity. *Qualitative Health Research*, 15, 502-524.
- Goldman, J. B. e Maclean, H. M. (1998). The significance of identity in the adjustment to diabetes among insulin users. *Diabetes Educator*, 24, 741-748.
- Groves, R. M. (1987). Research on survey data quality. *Public Opinion Quarterly*, 51(4, Pt 2), 156–172.
- Guralnik, J. M., LaCroix, A. Z., Abbott, R. D., Berkman, L. F., Satterfield, S., Evans, D. A., & Wallace, R. B. (1993). Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. *American Journal of Epidemiology*, 137, 845–857
- Hay JL, Passik SD. The cancer patient with borderline personality disorder: suggestions for symptom-focused management in the medical setting. *Psychooncology*. 2000 Mar-Apr;9 (2): 91-100. doi: 10.1002/(sici) 1099-1611 (200003/04) 9:2<91::aid-pon437>3.0.co;2-8. PMID: 10767747.
- Kacel EL, Ennis N, Pereira DB. Narcissistic Personality Disorder in Clinical Health Psychology Practice: Case Studies of Comorbid Psychological Distress and Life-Limiting Illness. *Behav Med*. 2017 Jul-Sep;43(3):156-164
- Kelly, R. R., Sidles, S. J., & LaRue, A. (2020). Effects of neurological disorders on bone health. *Frontiers in Psychology*, 11:612366
- Koole, S. L., & Rothermund, K. (2011). “I feel better but I don’t know why”: the psychology of implicit emotion regulation. *Cognitive Emotion*, 25, 389–399.
- Ivey, A. E., & Brooks-Harris, J. E. (2005). Integrative Psychotherapy with Culturally Diverse Clients. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 321–339). Oxford University Press.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42–65). Routledge.
- Liotti G., Monticelli F. (2008): "I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMIT". Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders?. *Psychopathology*, 45 (1), 22–28.
- Lumley, M. A., Gustavson, B. J., Partridge, R. T., & Labouvie-Vief, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: interrelationships among measures. *Emotion*

5:329.

- Magidson JF, Liu SM, Lejuez CW, Blanco C. Comparison of the course of substance use disorders among individuals with and without generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *J Psychiatr Res.* 2012 May; 46 (5):659-66
- Martino, G., Bellone, F., Vicario, C. M., Gaudio, A., Caputo, A., Corica, F., Squadrito, G., Schwarz, P., Morabito, N., & Catalano, A. (2021a). Anxiety Levels Predict Bone Mineral Density in Postmenopausal Women Undergoing Oral Bisphosphonates: A Two-Year Follow-Up. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8144.
- Martino, G., Sardella, A., Bellone, F., Lasco, C., Langher, V., Cazzato, V., Penna, A., Vicario, C. M., Morabito, N., & Catalano, A. (2019). Executive functions and bone health: A focus on cognitive impulsivity and bone mineral density. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 7(2).
- Martino, G., Caputo, A., Vicario, C. M., Feldt-Rasmussen, U., Watt, T., Vita, R., Quattropiani, M. C., & Benvenga, S. (2021). Interrelations between mental health, generic and thyroid-related quality of life in patients with Hashimoto's thyroiditis receiving levothyroxine replacement. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 9(2).
- Michael, S. R. (1996). Integrating chronic illness into one's life: A phenomenological inquiry. *Journal of Holistic Nursing*, 14, 251-267.
- Mnif, L., Damak, R., Mnif, F., Ouanes, S., Abid, M., Jaoua, A., & Masmoudi, J. (2014). Alexithymia impact on type 1 and type 2 diabetes: a case-control study. *Annales d'Endocrinologie*, 75, 213–219.
- Myles, L., & Merlo, E. (2022b). Elucidating the Cognitive Mechanisms Underpinning Behavioural Activation. *International journal of psychological research*, 15(1), 126–132.
- Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One*. 2017 Oct 17;12(10):e0186458. Doi: 10.1371/journal.Pone.0186458. PMID: 29040335; PMCID: PMC5645121.
- Nicolò, G., Azzara, C., Cantelmi, V., Contrada, C., & Mozzetta, G. (2023). Sintesi delle evidenze scientifiche e delle linee guida per il trattamento psicologico dei Disturbi Borderline e Antisociale di Personalità. *QUADERNI DI PSICOTERAPIA COGNITIVA*.
- Nordenström, Anna. Adult women with 21-hydroxylase deficient congenital adrenal hyperplasia, surgical and psychological aspects. *Current Opinion in Pediatrics* 23(4):p 436-442, August 2011. | DOI: 10.1097/MOP.0b013e32834810a4
- Pervanidou P, Chrousos GP. Metabolic consequences of stress during childhood and adolescence. *Metabolism*. 2012 May;61(5):611-9.
- 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, 1 2, pp. 39-49.
- Reid, J., Ewan, C., & Lowy, E. (1991). Pilgrimage of pain: The illness experiences of women with repetition strain injury and the search for credibility. *Social Science & Medicine*, 32(5), 601–612.
- Ripamonti E. (2010). Le problematiche psico-pedagogiche e sociali degli ipovedenti gravi e dei ciechi con o senza minorazione aggiuntiva.
- Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. R., & Joukamaa, M. I. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 239–245.
- Sardella, A., Lenzo, V., Bonanno, G. A., Martino, G., Basile, G., & Quattropiani, M. C. (2021). Dispositional Optimism and Context Sensitivity: Psychological Contributors to Frailty Status Among Elderly Outpatients. *Frontiers in Psychology*, 11, 621013
- Siegel K., Lekas H.M. (2002). AIDS as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS* 2002, 16 (4), 69 – 76S D.
- Settineri, S., Frisone, F., Alibrandi, A., & Merlo, E. M. (2019) Emotional suppression and oneiric expression in psychosomatic disorders: Early manifestations in emerging adulthood and young patients. *Frontiers in Psychology*, 10:1897.
- Shinkov, A., Borissova, A.M., Kovatcheva, R., Vlahov, J., Dakovska, L., Atanassova, I., & Petkova, P. (2018). Increased prevalence of depression and anxiety among subjects with metabolic syndrome and known type 2 diabetes mellitus - a population based study. *Postgraduate Medicine*, 130, 251–257.
- Stanton, A. L., & Hoyt, M. A. (2017). *Psychological Adjustment to Chronic Disease. Perceived Health and Adaptation in Chronic Disease*. New York, NY: Routledge.

- Trabucco G. (1998) I problemi psicologici degli emodializzati. Atti XI Corso Nazionale di Aggiornamento Tecnici ed Emodialisi, Seminario Ante 2003.
- Turner, J., & Kelly, B. (2000). Emotional dimension of chronic disease. *Western Journal of Medicine*, 172(2), 124-128
- Velotti P, Garofalo C, Petrocchi C, Cavallo F, Popolo R, Dimaggio G. Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry Res.* 2016 Mar 30; 237:296-303. doi: 10.1016/j.psychres.2016.01.025. Epub 2016 Jan 14. PMID: 26803364.
- Vicario, C. M., Nitsche, M. A., Salehinejad, M. A., Avanzino, L., & Martino, G. (2020). Time Processing, Interoception, and Insula Activation: A Mini-Review on Clinical Disorders. *Frontiers in Psychology*, 11, 1893.
- Willemsen, R., Roseeuw, D., & Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: the state of the art. *International Journal of Dermatology*, 47, 903-910.
- Wolff, J. L., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 162, 2269-2276. doi:10.1001/archinte.162.20.2269
- Wynn JD (2015). Difficult personality traits and disorders in oncology. In JC Holland, S William, WS Breitbart, PB Jacobsen, MJ Loscalzo, R McCorkle, PN Butow (eds) *Psycho-Oncology*, pp. 356-366. University Press, Oxford.
- Zani B, Cicognani E. *Psicologia della salute*. Bologna: Il Mulino, 2000.

**Camilla Santini**

**Specializzanda in Psicoterapia, Training Baggio e Mansutti**

e-mail: [santini.camilla@gmail.com](mailto:santini.camilla@gmail.com)

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:*  
[psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto: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](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)